

Signaaleja

Suomalaisen terveydenhuollon kolme skenaariota

Sosiaali- ja terveysalan
ylempi ammattikorkeakoulututkinto
johtamisen ja kehittämisen
koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (ylempi amk)
Opinnäytetyö
16.2.2008

Koulutusohjelma		Tutkintonimike
Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma		sairaanhoitaja (yamk)
Tekijä/Tekijät Anne Maria Tiihonen		
Työn nimi Signaaleja Suomalaisen terveydenhuollon kolme skenaariota		
Opinnäytetyö	Aika 2008	Sivumäärä 49 + 26
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tulevaisuus on tuntematon, mutta se on täynnä mitä erilaisimpia mahdollisuuksia ja haasteita. Tulevaisuutta on aidosti arvioitava ja pohdittava. Näin voimme tiedostaa tekemme ja toimintamme nykyisyydessä ja sen mahdolliset vaikutukset tulevaisuuteen. Tämä tutkimus liittyy tulevaisuustutkimukseen ja käsittelee suomalaisen terveydenhuollon tulevaisuutta erilaisin signaalein. Työssä pohditaan arvomaailman muutosta ja hyvinvointiyhteiskunnan tulevaisuutta sekä terveydenhuoltoa siinä.</p> <p>Tutkimus luotaa hyvinvointiyhteiskunnan muutosta terveydenhuoltoon ja sitä käyttäviin asiakkaisiin. Tutkimuksessa herätetään lukija pohtimaan, miten hyvinvointipalvelujen turvaaminen tulevaisuudessa onnistuu ja millaiseksi muodostuvat tulevaisuuden yhteisöt, eettisyys ja toimintamme siinä.</p> <p>Tässä tutkimuksessa aineisto on kerätty päiväkirjamerkinnoista aiheen arkaluontoisuuden vuoksi. Tutkimus sijoittuu teoria- ja aineistolähtöisen tutkimuksen välimaastoon. Tutkimuksessa analyysi toteutettiin aineistolähtöisesti. Analyysissä käytettiin sisällön analyysiä, joka toteutettiin sekä induktiivisesti (aineistolähtöisesti) että deduktiivisesti (teoriaperusteisesti). Tuloksena on esitetty kolme vaihtoehtoista tulevaisuuden suuntaa eli skenaariota, joissa esitetään suomalaisen terveydenhuollon vaihtoehtoisia suuntia yhdeksästä eri näkökulmasta. Työn liiteosassa eri asiantuntijat ovat arvioineet skenaarioita.</p> <p>Tutkimuksessa on annettu suuri paino hiljaisten signaalien esittelylle eli case-tapauksille. Ne haastavat lukijaa miettimään, mihin suuntaan suomalainen terveydenhuolto on muuttumassa. Terveystieteiden järjestelmä on tulevaisuudessa merkittävien haasteiden edessä ja toiminnan eettiset kysymykset nousevat terveydenhuollossa entistä selkeämmin esille. Seniorikansalaisten määrän kasvaminen ja teknologian kiihtyvä kehitys ovat trendejä, jotka lisäävät terveyspalvelujen kysyntää ja niihin suunnattavien voimavarojen tarvetta. Kansalaisten odotukset palveluiden saatavuuteen ovat kasvaneet ja tietoisuus uusista hoitomuodoista on lisännyt vaatimustasoa myös julkisessa terveydenhuollossa. Tulevaisuuden suunta on murrosvaiheessa ja se hakee suuntaansa muuttuvassa yhteiskunnassa.</p>		
Avainsanat Tulevaisuus, hyvinvointiyhteiskunta, terveydenhuolto, skenaariot		

Degree Programme in Programme of the developing and management of the health care		Degree Master of Health Care	
Author/Authors Signals three scenarios of the Finnish public health service			
Title Anne Maria Tiihonen			
Master Thesis	Date 2008	Pages 49+ Appendix	
<p>ABSTRACT</p> <p>The future is unknown but it is full of most different possibilities and challenges. The future must be genuinely estimated and must be thought. This way we can realise our act and our operation per the present and its possible effects on the future. This study is connected to the futurology and deals with the future of the Finnish public health service with quiet signals.</p> <p>In the study, a reader is woken to think how the securing of welfare services in the future succeeds and what the communities of the future, the ethicality and our operation become in it.</p> <p>The study is placed in the theory and material study. In the analysis a content analysis which was carried out inductive, both and deductively was used. A scenario which describes the three alternative directions of the future has been presented as a result.</p> <p>In the study, the big weight has been given to the introduction of quiet signals, in other words to the case cases. The growth of the number of the senior citizens and the accelerating development of the technology are trends which increase the demand for the health services and the need of the resources that can be directed to them. The citizens' expectations to the availability of services have increased and the consciousness of the new care forms also has added the standard of the public health service.</p>			
Keywords Future, affluent society, public health service, scenarios			

Sisällysluettelo:

1. Johdanto	1
2. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	2
3. Käsitteet ja tarkastelunäkökulmat	2
4. Tulevaisuustutkimus ja taustateoria	4
4.1 Skenaariomenetelmä ja heikot signaalit	4
4.2 Teoriat skenaarioiden taustalla	5
5. Tutkimusmenetelmät	8
5.1 Tausta	8
5.2 Aineisto ja analyysi	9
6. Hyvinvointiyhteiskunnan erilaiset signaalit	11
6.1 Normitus terveydenhuollossa	12
6.2 Hyvinvoinnin ulottuvuudet	12
6.3 Terveydenhuollon tulevaisuus – yhteiskunnan suunta	14
6.4 Yksilön ääni terveydenhuollossa	16
7. Suomalaisen terveydenhuollon kolme skenaariota	28
Johdanto	28
7.1 Satunnaisuuteen perustuva terveystyhteiskunta	28
7.2 Kehittyvä terveydenhuollon yhteiskunta	32
7.3 Jakautuva terveystyhteiskunta	35
8. Pohdinta	39
8.1 Tutkimuksen eettisyys	39
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	40
8.3 Pohdintaa skenaarioista	41
8.4 Pohdintaa yhteiskunnan muutoksesta	43
8.5 Pohdintaa hoivasta	44
8.6 Pohdintaa vanhuuspolitiikasta	46
8.7 Lopuksi	48
8.8 Päätelmiä	48

Lähteet:	50
Internet lähteet:	61
Liitteet:	62
1. Arvioita ja kannanottoja Anne Tiihosen tulevaisuusskenaarioihin	62
Arvio ja kannanotto 1	62
Arvio ja kannanotto 2	65
Arvio ja kannanotto 3	68
Arvio ja kannanotto 4	69
2. Kirjallisuutta yhteiskunnasta	71
3. Kirjallisuutta ja tutkimuksia terveydenhuollon eettisyydestä	74

1. Johdanto

Tämän työn lähtökohtana on ollut viime vuosina tapahtunut voimakas terveydenhuollon muutosprosessi. Ollessani keväällä 2007 harjoittelussani Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnassa, heräsi mielessäni kysymys suomalaisen terveydenhuollon tulevaisuudesta. Voiko tulevaisuuden suuntaa ennustavia merkkejä löytyä jokapäiväisestä sairaanhoitajan toiminnasta? Jos löytyy niin, mitä ne kertovat. Tiedon ja teknologian kehitys ovat johtaneet siihen, että potilaiden terveydenhoidon vaatimukset ovat kasvaneet ja useammat haluavat osallistua omaa tai omaisensa terveyttä koskevaan päätöksentekoon. Samaan aikaan hyvinvointiyhteiskunnan taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset erot kasvavat ja aiheuttavat haasteita tulevaisuudelle.

Terveydenhuollon tulevaisuuden haasteena on väestön vanheneminen, elintapojen mukana tulleet kansansairaudet, tartuntataudit, mielenterveysongelmat, pandemiat ja poikkeusolot. Terveydenhuollon rahoitus, erilaiset rahoitusjärjestelmät, vanhenevat sairaalarakennukset ja työelämän tuomat uudet vaatimukset sekä teknologia tuovat oman haasteensa muuttuvaan hyvinvointivaltioon. Väestörakenteen muuttuminen luo suuren haasteen hyvinvointiyhteiskunnan tulevaisuudelle. Ongelmia ei tule pelkästään seniorikansalaisten määrän lisääntymisestä, vaan kuinka hyvinvointipalvelujen turvaaminen, huoltosuhteen muuttuessa, onnistuu, sekä siitä millaiseksi muodostuvat tulevaisuuden yhteisöt, eettisyys ja toimintamme siinä. Tämä kaikki vaikuttaa siihen, millaiseen tulevaisuuteen olemme matkalla. Hyvinvointiyhteiskunnan tulevaisuudesta puhuttaessa, on valittava sen hallittu uudistamisen tai radikaali romahtaminen.

Tässä työssä olen tarkastellut aineistolähtöisesti terveydenhuollon tulevaisuuden suuntaa sekä hyvinvointiyhteiskunnan muuttumista. Erityinen paino on annettu sille aineiston osalle, jossa on mukana tapauksia suomalaisen terveydenhuollon arjesta. Esitetyt potilastapaukset kertovat hiljaisista signaaleista muuttuvassa yhteiskunnassa, tavastamme hoitaa, hoivata ja hyväksyä jopa eettisesti arveluttavia asioita. Tulee esille vahvoja ja keskivahvoja signaaleja, joita yhteiskunta ja muuttuva maailma tuottavat. Tuloksissa esitetään kolme vaihtoehtoista tulevaisuuden suuntaa eli skenaariota, joita eri asiantuntijat ovat arvioineet.

2. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella suomalaisen terveydenhuollon tulevaisuutta, sekä erilaisia terveydenhuollossa olevia merkkejä ja vaikutteita. Tutkimuksen tavoitteena on:

1. etsiä ja tarkastella terveydenhuollon ympärillä olevia signaaleja
2. laatia skenaario menetelmää käyttäen olettamuksiin perustuvia ennusteita, joissa terveydenhuollon ja yhteiskunnan suuntaa arvioidaan.

Tässä työssä tarkastellaan terveydenhuoltoa suhteessa hyvinvointivaltioon. Hyvinvointivaltio tarkoittaa valtiota, jossa on korkea elintaso ja hyvin järjestetty sosiaaliturva. Hyvinvointivaltion kaksi keskeisintä elementtiä ovat korkeatasoiset ja kaikkien saatavilla olevat julkiset palvelut sekä laajat, tuloeroja tasoittavat tulonsiirrot. Hyvinvointivaltio liittyy vahvasti yhteiskunnan vastuuseen (Rouban 1993; EVA 1995; Eräsaari – Rahkonen 1995; Petersson 2000).

3. Käsitteet ja tarkastelunäkökulmat

Hyvinvointiyhteiskunta perustuu työhön sekä tasa-arvon, oikeudenmukaisuuden ja yhteisvastuun arvoihin. Hyvinvointipalveluin ylläpidetään ihmisten työ- ja toimintakykyä työttömyyden, sairauden tai muun elämän riskitilanteen kohdatessa ja vahvistetaan ihmisten kykyä ja mahdollisuutta sijoittua uudelleen työelämään ja kykeneviksi huolehtimaan itsestään ja läheisistään. Kestävään hyvinvointiin tarvitaan vahvan talouden rinnalle vahva hyvinvointipolitiikka, kumpikin tarvitsee toistaan.

Tulevaisuutta on lähestytty yhdeksästä näkökulmasta, jotka ovat:

- a) *omavastuu* eli yksilön vastuu. Tämä tarkoittaa yksityisen henkilön konkreettista toimintaa oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi tai kohentamiseksi. Omavastuu tarkoittaa myös toimia terveyshaittojen ennaltaehkäisemiseksi. Se sisältää vastuun läheisistä sekä toiminnasta yhteisön hyväksi. Omavastuun voidaan nähdä olevan myös yksilön vapautena tehdä omia terveysvalintoja niin hyviä kuin huonojakin. Olennaista on, miten yksilö kokee kokonaisvaltaista hyvin-

vointinsa. Omavastuu liittyy läheisesti läheisen ja yhteiskunnan vastuuseen. (Helenius 1971; Heiskanen – Auvinen 1979; Raunio 1983; Saari 2006)

- b) *läheisen vastuu* eli yhteisövastuu tarkoittaa yksityisen henkilön vastuuta toisesta yksilöstä. Lähimmäinen voi olla omainen, ystävä tai asuinympäristössä oleva toinen henkilö. Läheisen vastuun voi katsoa olevan universaali ilmiö, jota voidaan selittää teologisesta tai velvollisuusnäkökulmasta. Läheisen vastuun voidaan nähdä yksilön velvollisuudeksi toimia moraalisesti oikein yhteisössä tai toisia yksilöitä kohtaan. Läheisen vastuu liittyy vahvasti myös omavastuuseen ja yhteiskunnan vastuuseen. (Helenius 1971; Heiskanen – Auvinen 1979; Raunio 1983; Saari 2006)
- c) *yhteiskunnan vastuu* eli julkinen vastuu tarkoittaa yhteiskunnan järjestämiä toimintoja, joilla yksilö voi kohentaa omaa hyvinvointiaan tai terveyttään. Yhteiskunnan vastuuseen luetaan kuuluvaksi huolenpito, turvallisuus ja toimeentulo. Tähän kuuluu ihmisoikeuksia, työoloja, tasa-arvoa, ympäristöä ja yhteiskunnan taloudellista kehitystä koskevien lakien, konventioiden ja eettisten ja moraalisten periaatteiden noudattaminen. Yhteiskunnan vastuu liittyy vahvasti yksilön omavastuuseen ja läheisen vastuuseen. Demokratiassa yhteiskunnan vastuu on yksilön vapaus valita, määritellä ja etsiä täyttymystä omassa elämässään. Yksilöllisyys liittyy yhteisöihin (kuntaan, valtioon), joissa yksilöiden välinen yhteys on löyhä: jokaisen odotetaan huolehtivan itsestään (omavastuu) sekä lähiperheestään (läheisen vastuu). (Helenius 1971; Heiskanen – Auvinen 1979); Kosonen 1987; Niemelä – Pursiainen 2006)
- d) *hoitamisen arvot, laatu ja eettisyys*. (Dunn 1994; Adams 1996; Commons – Baldwin 1997; Pihlainen 2000 ; Etene 2001; Männistö 2001; Bandman 2002; Meulenbergs - Verpeet - Schotsmans - Gastmans 2004; Suhonen 2002)
- e) *yksilön käsitys terveydestä käsitys terveydestä*. (Nupponen 1994; Nutbeam – Harris 1998; Kangas ym. 2001; STM 2001; STM 2002; Liikamaa 2002; Leskinen - Koskinen-Ollonqvist 2002; Lahtinen ym. 2003; STM 2003a)
- f) *kenellä on päävastuu terveyden edistämisestä ja terveyskäyttäytymisestä*. (Vertio 2003; Venkula 2005; Savola, E - Koskinen-Ollonqvist, P 2005; Pelto-Huikko - Karjalainen - Koskinen-Ollonqvist 2006)
- g) *terveydenhuollon ammatillisuus, prosessit ja normit*. (Ensio 1999; Eräsaari ym. 1999; Ensio 2001; STM 2001a; STM 2001b; Partanen 2002; Pirttilä – Eriksson 2002; STM 2002a; STM 2002b;; Ojala 2003; STM 2003)

- h) *sosiaaliset tukipalvelut, vapaaehtoistyö, vanhusten ja vammaisten hoito.* (Kerke-
lä 1996; Junkkari - Laitinen 1999; Leskinen 1999; Rissanen 1999; Stakes – STM
2001; Stakes – STM 2002; Backman ym. 2002)
- i) *terveydenhuollon kehitys ja visiot.* (Kuusi ym. 2006; STM 2003a; STM2003b)

4. Tulevaisuustutkimus ja taustateoria

Tulevaisuudentutkimus eli futurologia on monitieteinen ja tieteiden välinen tiedonala, jonka päätehtävä on kartoittaa jonkin ilmiön mahdollisia, todennäköisiä ja toivottavia tulevaisuuksia. Tulevaisuustutkimuksen perusolettamuksen mukaan tulevaisuus ei ole ainakaan kokonaan deterministinen eli ennalta määrätty, vaan tulevaisuus on avoin ja siihen voidaan vaikuttaa. Tulevaisuuden tutkimus ei pyrikään siten ennustamaan yhtä ainoaa tulevaisuutta, vaan kartoittamaan mahdollisia vaihtoehtoisia tulevaisuustiloja. Tässä prosessissa tulevaisuuden tutkijat käyttävät hyväkseen erilaisia työkaluja kuten esimerkiksi aikasarja-analyyseja, skenaarioita ja simulaatioita. Näin aikaansaatuja tuloksia kutsutaan tulevaisuustiedoksi. Tulevaisuustutkimus poikkeaa merkittävästi muista tieteenaloista, sillä tulevaisuustietoa ei voida testata empiirisesti nykyhetkessä, koska se ei ole vielä tapahtunut. Tästä johtuen tulevaisuustutkimusta ja sen tuottaman tiedon totuudenmukaisuutta ja todistettavuutta kohtaan on usein esitetty kritiikkiä. Toisaalta tulevaisuustutkimuksessa laajalti omaksutun kriittisen realismin tietoteorian mukaan, kaikki tieto on epätäydellistä ainakin joltain osin, ja tieto on aina vain oikeutettu ja hyvin perusteltu tosiuskomus. Tämän tulkinnan mukaan siis oikeutettua ja hyvin perusteltua tosiuskomusta voidaan myös pitää tietona. (Mannermaa, M 1991,1999,2000; Meristö, T 1991; Kamppinen ym.2002; Marttinen, J 2003.)

4.1 Skenaariomenetelmä ja heikot signaalit

Skenaariot ovat oletuksiin perustuvia, toisiaan seuraavien tapahtumien kuvauksia ja niissä hyödynnetään monia tieteenaloja sekä niistä tulevia tekniikoita. Skenaariot on laadittu, jotta voitaisiin kiinnittää huomiota syy-yhteydellisiin prosesseihin ja päätöksentekohetkiin. (Kuusi 1993; Adler 1996; Heijden van deer 2002.) Skenaario on tapahtumien tai prosessien ketju, jossa maailman, kansakunnan tai järjestelmän nykytila kehittyy joksikin tulevaisuudentilaksi. Ne ovat perusteltuja tarinoita tulevaisuudesta, selkeitä ja johdonmukaisia, sisäisesti loogisia keskenään, erilaisia ja olennaisia asioita kä-

sitteleviä. Skenaariot ovat strategisiin peruskysymyksiin liittyviä, haastavia ja mielekkäitä kuvauksia tulevaisuudesta. Skenaarioita voidaan laatia esimerkiksi mahdollisuuden näkökulmasta. Mikä on uskottavaa, mikä on toivottavaa, tai mikä meitä uhkaa. Tyypillisiä skenaarioita ovat muuttumattoman jatkuvan kasvun eli business as usual-skenaario, katastrofiskenaario, paluu menneeseen skenaario ja muutosskenaario (Ringland 1997; Mannermaa 1999; Himanen 1997; Fahey 1998). Heikko signaali on ilmiö tai tapahtuma, joka ei välttämättä tapahtuessaan vaikuta tärkeältä tai ole laaja, mutta jolla on tulevaisuuden muodostumisen kannalta tärkeä tai jopa ratkaiseva merkitys. Heikko signaali on ensimmäinen ilmaus muutoksesta tai se voi olla juuri se sysäys, joka muuttaa tapahtumien kulkua ratkaisevasti erilaiseen suuntaan. Sen yhteyttä tulevaan tilanteeseen ei välttämättä voida perustella tilastollisesti uskottavalla jatkuvuudella kuten historiallisella aikasarjalla. (Waissi 1979; Woudenberg, 1991; Ringland 1997; Horo ym. 2002.)

4.2 Teoriat skenaarioiden taustalla

Hyvinvointivaltion kehittyminen teollisuusmaissa alkoi varsinaisesti toisen maailmansodan jälkeen, vaikkakin sen historialliset juuret ulottuvat 1800-luvun Saksaan. Saksan ensimmäinen kansleri Otto von Bismarck esitti lakialoitteen sosiaalivakuutuksen myöntämiseksi julkisista varoista Preussin työikäiselle väestölle (Harisalo - Miettinen 2004). Samaan aikaan kehittyi myös talouskasvu ja läntinen hyvinvointi, joka sai alkunsa teollistumisesta ja siitä seuranneesta kansainvälisen kaupan kasvusta. Tätä ennen ihmiskunnan historiassa ei ollut esiintynyt merkittävää talouskasvua. Siksi yhteiskuntaa, taloudellista tulonjakoa ja taloudellisia ilmiöitä alettiinkin selittää tieteellisesti vasta tuolloin. Globaalissa yhteiskunnassa voittaja on se, joka pystyy tuottamaan palvelun tai tuotteen halvimmalla. Muut joutuvat sopeutumaan. Ongelma onkin, että se, joka riistää ihmisiä ja ympäristöä eniten, palkitaan globaalissa yhteiskunnassa - parhaalla tuotolla (Malthus 1990; Heinz 1992; Saastamoinen 1998; Tribe 1999). Adam Smithin ja Thomas Malthusin yhteiskuntamallin mukaan yhteiskunnassa tulee mahdollisimman tehokkaasti hoitaa yksilöt, joiden panos-tuotos suhde on hyvä. Yhteiskunta maksajana arvioi hoidon hinnan, missä hoito voidaan toteuttaa tehokkaimmin sekä millä hinnalla yksilö saadaan nopeimmin yhteiskunnan tuottavaksi jäseneksi. Yhteiskunnan kannalta tuottamaton yksilö ei ole tärkeä, eikä hänen hoitoon kannata panostaa täysillä. Periaatteena malthusilaisessa teoriassa on se, että jokainen on vastuussa omasta terveydestään.

Terveysthuolto on aihepiiri, joka koskettaa kaikkia. Ihmisillä on siitä paljon kokemuksia ja erilaisia mielipiteitä. Julkisessa keskustelussa terveydenhuollon alaan kuuluvien asioiden käsittely on pikemminkin lisääntymässä kuin vähenemässä. Se on tärkeä kehityslinja, koska terveydenhuoltoon panostetaan paljon yhteisiä voimavaroja. Terveystden ja sairauden kysymykset ovat yksilön elämänlaadun kannalta hyvin keskeisiä. Terveystdenhuolto on alue, jossa kohdataan paljon yhteiskunnallisesta muutoksesta syntyneitä ongelmia ja vaurioita. Päättäjien tiedoilla, arvoilla ja valinnoilla on suuri merkitys sille, miten hallitusti ja inhimillisesti muutosta ohjataan. Tietoyhteiskunta sisältää valtavia mahdollisuuksia sekä taloudelliseen menestykseen että inhimilliseen kehitykseen. Se ei ole automaattista eikä koske kaikkia samalla tavalla. Yhteiskunnalliseen keskusteluun tarvitaan paljon aitoja ihmisten tarinoita, joilla voidaan havainnollistaa, mitä terveydenhuollon eturintamalla ja arjessa tapahtuu. Inhimillisessä elämässä on sekä hyvää että pahaa, koska me elämme ihmisinä hyvän ja pahan leikkauspisteessä - ikuisen moraalisen ristiriidan vajoamina (Lindqvist ym. 2001).

Nykyiset hyvinvointivaltiot ovat jakautuneet useisiin erilaisiin elämänmuotoihin, joilla ei ole kovinkaan paljon yhteisiä päämääriä. Vaikka perinnäinen moraalikieli on yleisessä käytössä, moraalikäsitteet ovat tulleet monimielisiksi ja tulkinnanvaraisiksi. Moraalinen yksimielisyys on pelkästään näennäistä ja yhtenäiset moraaliarvot ovat muuttuneet yksilön omia tarkoitusperiä tukeviksi (MacIntyre 1981). Nykyisen yhteiskunnan halukkuus maksaa uusista tutkimuksista ja hoidoista, on tullut valikoivaksi ja vähentynyt. Elämän pituuden jatkumista, laadun ja merkityksen kustannuksella, on alettu epäillä. Suomessa käytetään rahaa terveydenhuoltoon nyt enemmän kuin koskaan. Rahalla ei saa terveyttä, vain terveystpalveluja. Erityisenä uhkakuvana yhteiskunnassa voidaan pitää tilannetta, jossa erittäin kalliiden hoitojen rahoittamiseksi tingittäisiin esimerkiksi koulutuksesta tai tiestön ylläpidosta.

Nykyinen terveydenhuolto on epätasa-arvoista ja tarjoaa samaan aikaan sekä yli- että alihoitoa. Köyhillä ja syrjäseuduilla asuvilla on muita huonommat mahdollisuudet saada hoitoa. Suurinta epätasa-arvoa on kuitenkin, kun hoito toteutuu sattumanvaraisesti. Ryynäsen mukaan priorisointi terveydenhuollossa ei tarkoita samaa kuin säästöt. Säästöjen sijaan, on tavoiteltava kustannuksien ja hoidon vaikuttavuuden hallintaa. Näistä vaikuttavuuden hallinta on tärkeämpää. Terveystdenhuolto on Suomessakin joutunut osin itse virittämäänsä ansaan. Vaikka terveydenhoitoon satsataan jatkuvasti lisää, oikeutet-

tuina pidettyjen tarpeiden ja odotusten täyttäminen karkaa hallinnasta. Taloudellinen taantuma on kärjistänyt tilannetta, mutta ei ole priorisointitarpeen ainoa syy (Ryynänen ym. 1999; Ryynänen ym. 2006).

Yhä useammassa kunnassa, jotka maassamme vastaavat terveydenhuollosta, joudutaan vaikean rahoitustilanteen vuoksi tekemään sosiaali- ja terveystalouden leikkauksia ja supistuksia. Päättäjät ovat turvautuneet onnettomiin säästötoimiin, kuten poliittisesti helppoon mutta eettisesti arveluttavaan juustohöyläykseen. Se on johtanut tehokkaiden ja välttämättömienkin tutkimusten ja hoitojen karsintaan. "Helppoja ja vaarattomia" leikkauskohteita ovat olleet mielenterveys- ja vammaispalvelut. Terveystalouden priorisointi on eettisesti ongelmallista. Erityisesti mikrotason ulkoinen priorisointi, jossa joku henkilö jää tai uhkaa jäädä hoidotta, on vaikea ja monimutkainen eettinen ja moraalinen ongelma (Ryynänen ym. 1999; Ryynänen ym. 2006).

Yhdysvalloissa yksityiset, markkinapohjaiset ratkaisut turvaavat laajan enemmistön hyvinvointia. Julkisen vallan toimia kohdistetaan vain niihin, jotka eivät jostain syystä pysty huolehtimaan markkinoilla itsestään. Julkisen sektorin vastuulle jää vähimmäisturvan takaaminen matalalla turvan tasolla tai tarveharkinnalla. Etuuksien taso on matala, tulonjako epätasaista ja köyhyys korkealla tasolla. Perheen asema markkinoilla määrittää lasten kasvuedellytyksiä. Sosiaalipolitiikan painopiste on työsuhteen perusteella muodostuvassa vakuutusasteessa. Sosiaalivakuutuksilla luodaan perheille edellytykset järjestää palvelutarpeensa haluamallaan tavalla eikä julkisen vallan vastuu juuri ulotu palveluiden tuottamisen alueelle. Palveluiden järjestäminen nähdään perheiden omaksi asiaksi, yksityisten tai (useammin) kirkon ja kansalaisjärjestöjen tehtäväksi (Edwards - Hensher 1998; Kastens 1998; Towle 1998; Coleman 1999). Yhdysvalloissa terveydenhuolto on vakuutuksiin perustuva järjestelmä, jossa kymmenet miljoonat köyhät jäävät vaille hoitoa. Potilaat joutuvat odottamaan elintärkeääkin hoitoa jopa vuosia. Järjestelmä rikkoo perustuslakia, jossa taataan "oikeus elämään ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen" (Moore 2007).

Viimeisten vuosikymmenten aikana ruotsalaisen terveydenhuollon merkitys on lisääntynyt, koska vanhenevien potilaiden monnisairauksien hoidon kustannukset ovat nousseet kohtuuttomasti. Noin puolet ruotsalaisiin ensiapupäivystyksiin tulevista tapauksista kuuluu perusterveydenhuoltoon ja voitaisiin hoitaa muulloin kuin päivystysaikana. Kir-

joittajien mielestä ruotsalaisen perusterveydenhuollon ongelmana on, ettei se toimi. Tämän vuoksi päivystykset toimivat puskurina päivävastaanotoille. Erikoissairaanhoidon vastuulle jää ne ongelmatapaukset, jotka voitaisiin hoitaa perusterveydenhoidossa. Erikoissairaanhoido ruuhkautuu ja ongelmat kasaantuvat niin, ettei niitä voida enää hallita. Tämä johtaa Ruotsissa huonoon hoitoon ja edelleen paisuviin kustannuksiin. Kirjoittajien mielestä sateenkaarimallilla, jossa yksilön ja yhteiskunnan vastuun määrittelyn selkiyttämällä, voitaisiin mahdollistaa lisääntyvät kansalliset terveysterveysterveyspalvelut joustavasti ja tehokkaasti. Mallia kehittämällä, voidaan ruotsalainen ensihoito saada kattamaan vain ensiavun. Muut toiminnot siirtyvät niihin pisteisiin, joihin ne kuuluvat (Lindgren - Kjellström 2001).

Tulevaisuuden yhteiskunnassa, yhteiskunta panostaa esimerkiksi terveysvaikutteisten elintarvikkeiden kehittämiseen. Toisaalta älykkäitä tuotteita kehittämällä, voidaan ikääntyvien ihmisten jokapäiväistä elämää tukea ja helpottaa. Julkinen sektori tarjoaa arkipäivän hyvinvointiyhteiskunnan palvelut sähköisenä. Näin palvelut ovat käyttäjälle ajasta ja paikasta riippumattomia ja vuorovaikutteisia. Yhtenäisen palvelualustan avulla mahdollistetaan koko maan kattavan terveystietorekisterin luominen, sähköinen potilastietojärjestelmä. Pääsy julkisiin palveluihin mahdollistetaan helposti yhden portalin kautta. Kaikilla kansalaisilla on mahdollisuus päästä osaksi tietoyhteiskuntaa ja sen palveluja (Rooman klubin Suomen komitea 1995). Kansalaisille luodaan perusedellytykset teknologian käyttöön. Julkisen sektorin palvelujen tarjontaa pyritään karsimaan ja yhteiskunta pyrkii pois ns. holhousyhteiskunnasta. Ihmisiin luotetaan enemmän ja heille annetaan lisää päätäntävaltaa itseään koskevissa asioissa (Vickery 1996; Towle 1998; Edwards 1998; Kastens 1998; Coleman 1999). Yhdeksi tärkeimmäksi tavoitteeksi on noussut yksilön omavastuu omasta terveydestä sekä haasteet, kuinka väestö saadaan pysymään entistä paremmassa kunnossa (Rautio 1989; Tiisonen - Tiisonen 1990; Sharp 1994; Kerola – Mäkitalo - Putkonen 2002).

Tutkimusmenetelmät

5.1 Tausta

Tämä tutkimus on teoria- ja aineistolähtöisen tutkimuksen välimaastossa. Tällöin aineistosta tehdyille löydöksille etsitään tulkintojen tueksi teoriasta selityksiä tai vahvistusta.

Tutkija voi myös tehdä huomioita empirian vastaamattomuudesta aiempiin tutkimuksiin (Pietilä 1993; Day 1993; Polit ym. 1995; Eskola - Suoranta 2001; Gozby 2004). Tutkimus myötäilee teoriasidonnaista lähestymistapaa aineistoon, jolloin sitä voidaan kutsua myös abduktiiviseksi päättelyksi (Kynkäs – Vanhanen 1999; Tuomi - Sarajärvi 2002). Perusajatuksena on, että uudet tieteelliset löydöt ovat mahdollisia vain, kun havaintojen teko perustuu johonkin johtoajatukseseen. Aineiston tarkastelua ohjaavat usein tutkijan omat ennakkokäsitykset tai perehtyneisyys tutkimusaiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Uusi teoria ei synny siis pelkkien havaintojen pohjalta, kuten induktiivisessa päättelyssä. Johtoajatus voi olla epämääräinen, intuitiivinen käsitys tai pitkälle muotoiltu hypoteesi, jolla havainnot voidaan kohdistaa tiettyihin, tärkeiksi oletettuihin seikkoihin. (Brink - Wood 1989; Mäkelä 1990; Burnard 1991; Burnard 1996; Morse- Field 1995; Anttila 2000; Eskola 2001)

5.2 Aineisto ja analyysi

Tässä tutkimuksessa on etsitty terveydenhuollon heikkoja signaaleja käyttämällä aineistona päiväkirjamerkintöjä. Aineiston pohjana oli sata (=N) erilaista tapausta, jotka olivat tapahtuneet vuosina 2005 – 2006 eri puolilla Suomea eri terveydenhuollon yksiköissä. Aineisto kerättiin tutkijan omista merkinnöistä sekä kollegoiden antaman aineiston perusteella. Aineisto oli kirjoitettu pääasiallisesti muistivihkoon ja lapuille siten, että tapaukset olivat nimettömiä. Robson (1997) näkee päiväkirjan eräänlaisena itseohjattuna kyselylomakkeena. Se voi olla täysin strukturoimaton tai sisältää sarjan vastauksia tiettyihin kysymyksiin. Hänen mukaansa päiväkirja jättää suuren vastuun kirjoittajalle, minkä vuoksi se on tutkimusmenetelmänä altis ennakkoluuloille. Lajityyppinä päiväkirja on usein asetettu vastakkain omaelämäkerran kanssa. Päiväkirjan teksti on omaehtoisinta kaikista kirjoittamisen muodoista.

Tässä tutkimuksessa analyysi toteutettiin aineistolähtöisesti. Analyysissä käytettiin sisällönanalyysiä. Induktiivisessa päättelyvaiheessa työtä tarkasteltiin aineistolähtöisesti, millaisia asioita tai asiakokonaisuuksia aineistosta löytyy. Deduktiivisessa päättelyssä taas lähtökohtana olivat olemassa olevat, löydettyt ilmiöt, joiden esiintymistä tutkimusaineistossa tarkasteltiin ja etsittiin.

Analyysiprosessi alkoi aineiston (N=100) lukemisella useaan kertaan. Siten siitä muodostettiin yleiskuva. Seuraavana siitä etsittiin pelkistettyjä ilmaisuja ja alleviivattiin ne

tekstiin. Alkuperäinen aineisto käytiin tarkkaan läpi ja siitä etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä ja nämä listattiin ylös. Samaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja ne yhdistettiin luokiksi ja nimettiin. Luokitteluyksiköksi valittiin tekstistä sana, lause tai lauseen osa. Saatuja alaluokkia yhdisteltiin ja niistä muodostettiin kolme pääluokkaa, jotka kuvasivat omavastuuta, läheisen vastuuta tai yhteiskunnan vastuuta. (Mäkelä 1990; Alasuutari 1999; Denzin – Lincoln 2000; Silverman 2000.) Deduktiivisessa vaiheessa aineisto ryhmiteltiin näiden uusien pääluokkien alle ja ne käytiin uudestaan läpi useaan kertaan. Siitä poimittiin systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmaisuja, jotka jaettiin erilaista toimintaa kuvaaviin alaluokkiin. Analyysi eteni kokoomalla yksittäisistä lauseista, sanoista ja lauseen osista asiasisältöä kuvaava lause, joka kirjattiin ylös. Aineistosta muodostui kuusitoista kategoriaa, joita pelkistämällä saatiin yhdeksän eri toimintaa kuvaavaa käsitettä.

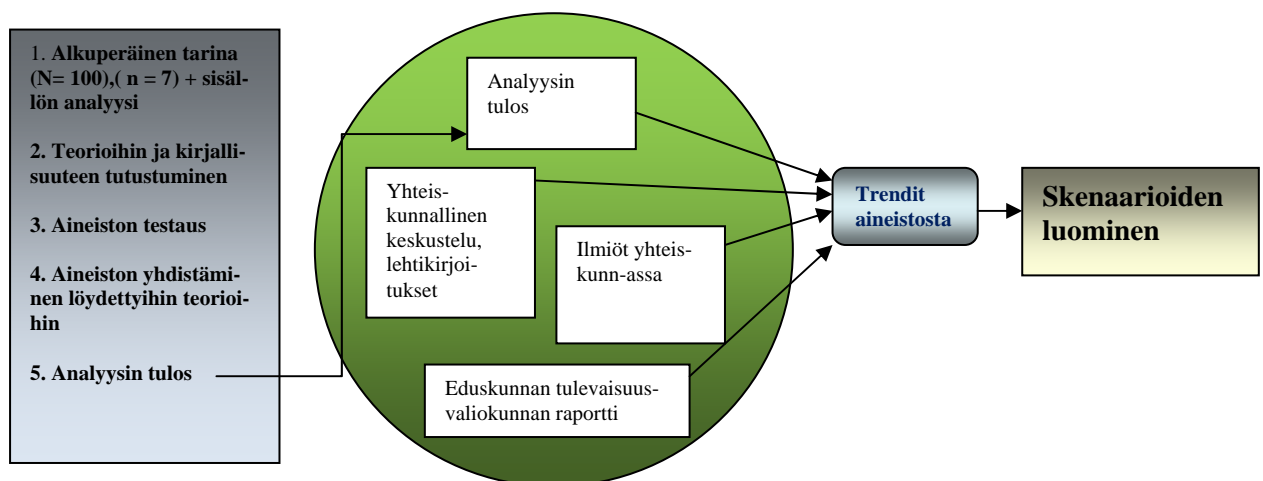
Saatuja luokkia tarkasteltiin kokonaisuuksina ja jokaisesta kokonaisuudesta etsittiin heikkoja signaaleja, sanoja, toimintatapoja, rakenteita. Löydettyt käsitteet yhdistettiin ja niistä muodostettiin kaksi uutta pääluokkaa, jotka nimettiin satunnaisuuteen ja jakautumiseen perustuviksi terveydenhuollon järjestelmiksi. Löydetylle ilmiölle lähdettiin hakemaan taustaa kirjallisuudesta ja aikaisemmista tutkimuksista. Tutkimuksiin ja kirjallisuuteen tutustumisen jälkeen, löydetty ilmiöt ja asiat yhdistettiin ja niistä rakennettiin kaksi terveydenhuollon suuntaa kuvaavaa mallia. Kolmanneksi otettiin mukaan Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan laatima terveydenhuollon tulevaisuusmalli, joka nimettiin kehittyvän terveydenhuollon malliksi.

Perinteisesti tulevaisuustaulukon keskeinen sisältö koostuu muuttujista ja niiden mahdollisista tulevaisuuden toteutumavaihtoehtoista. Muuttujilla tarkoitetaan sellaisia tarkasteltavan ongelma-alueen kannalta keskeisiä tekijöitä, joiden kehityksestä - toisin kuin megatrendien kohdalla - ei voida käytössä olevan asiantuntemuksen ja näkemyksen perusteella tunnistaa suuntaa. Tällöin muuttujien tulevaa kehitystä on tarkoituksenmukaista tarkastella erilaisina vaihtoehtoina. Usein tulevaisuustaulukkoanalyysissä mukaan otettavat muuttujat ovat toimintaympäristömuuttujia (Mannermaa 1999b).

Seuraavana siirryttiin varsinaiseen skenaariomenetelmään. Skenaariomenetelmänä käytettiin tulevaisuustaulukkomenetelmää, jossa tulevaisuuden toteutumavaihtoehtoisiksi määritettiin sattumanvaraisuus, jakaantuneisuus sekä kehittyvä terveydenhuolto. Toimin-

taympäristömuuttujiksi määriteltiin muutostekijät, jotka olivat omavastuu, läheisen ja yhteiskunnan vastuu, hoitamisen arvot ja eettisyys, käsitys terveydestä, päävastuu terveyden edistämisestä, terveydenhuollon ammattilaisuus, prosessit ja normit, sosiaaliset tukipalvelut, vapaaehtoistyö, vanhusten ja vammaisten hoito sekä terveydenhuollon kehitys ja visiot. Aineistoa peilattiin kysymyksellä, millainen on terveydenhuollon tulevaisuus eri toteumavaihtoehtoista katsottaessa. Aineisto käytiin uudestaan läpi ja analyysissä tulleita ilmiöitä ryhmiteltiin ja yhdistettiin eri tulevaisuusvaihtoehtojen alle. Näin pikkuhiljaa muodostettiin tulevaisuuskuvia ja tietyn teeman erilaisia toteuttamistapoja sekä ilmenemismuotoja tulevaisuudessa. Viimeisessä vaiheessa skenaariot kirjoitettiin auki. Lopuksi aineistosta (N=100) etsittiin tyypilliset esimerkkitapaukset (n=7), jotka valittiin mukaan esimerkeiksi heikkojen signaalien ilmenemisestä.

Kaavio 1 Analyysiprosessi



6. Hyvinvointiyhteiskunnan erilaiset signaalit

Koska terveydenhuolto on vahvasti sidoksissa hyvinvointiyhteiskunnan kehitykseen ja tapahtumiin siinä, tarkastelin yhteiskunnassa olevia erilaisia signaaleja ja kuinka aineis- toanalyysissa saatu tulos ilmenee yhteiskunnassa olevien ilmiöiden kanssa. Seuraavana esittelen erivahvuisia signaaleja, joita olen käyttänyt skenaariotyön pohjaksi.

6.1 Normitus terveydenhuollossa

Terveydenhuoltoa ohjaavia keskeisiä säännöksiä ovat Suomen perustuslakiin (731/1999) kirjatut perusoikeudet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Lisäksi monissa muissa säädöksissä on terveydenhuoltoa koskevia normeja. Perusoikeudet ankkuroituvat yhdenvertaisuuteen lain edessä. Perusoikeussäännökset takaavat oikeuden elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Julkisen vallan velvollisuus on turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet sekä edistää väestön terveyttä.

Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) mukaan kunta on velvollinen huolehtimaan ihmisten tarvitsemasta erikoissairaanhoidosta.

Terveydenhuollon valintoihin ja päätöksiin vaikuttavat keskeisesti voimaan saatetut kansainväliset ihmisoikeussopimukset. Tärkeimpiä ovat Euroopan Neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi (439/1990) sekä ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (ETS 164/1997). Keskeisiä potilaan oikeuksia ovat oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. Potilaan itsemääräämisoikeutta pidetään tärkeimpänä. Sen mukaan hoito edellyttää aina potilaan suostumusta.

Terveydenhuollon toimintaa ohjaa myös hallintolaki (434/2003). Sosiaalihuollon asiakaslaki (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, 812/2000) lupaa, että kaikilla oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun.

6.2 Hyvinvoinnin ulottuvuudet

Hyvinvointivaltiota puhuttaessa, keskeistä on ollut hyvinvointijärjestelmän universaalisuus. Hyvinvointipalvelut on perinteisesti sidottu kansalaisuuteen, jolloin ne on irrotettu luokkasidonnaisuudesta. Palveluiden peruseriaatteena on ollut turvata kaikille laajat peruspalvelut, sosiaalisesta asemasta tai varallisuudesta huolimatta (Kiander - Lönnqvist 2002). Hyvinvointijärjestelmä on ollut aina suhteellisen "antelias" ja se on rahoitettu korkealla verotuksella. Myös täystyöllisyyden ylläpitäminen on nähty keskeisenä yhteiskuntapolitiikan päämääränä. Valtion aktiivisella roolilla olikin pitkään suhteellisen laaja legitimizeetti pohjoismaissa (Pettersson 2000).

Hyvinvointivaltiossa etiikka elää realismin ja idealismin välisessä jännityksessä. Sen kuuluu pohtia ihanteita - parhaasta mahdollisesta maailmasta, tuntuipa se kuinka naivilta tai kaukaiselta tahansa. Hyvinvointiyhteiskunnassa etiikka on kykyä unelmoida paremmasta ja toisaalta se on luovan muutoksen elinehto. Unelmointi, joka ei ota huomioon vallitsevia yhteiskunnan realiteetteja ja todellisia rajoja, on huonoa unelmointia ja etiikkaa (Lindqvist 2001). Hyvinvointiyhteiskunnassa yleisten julistusten ja korkealentoisten ideoiden ongelma on, että niistä harvoin seuraa mitään konkreettista. On tarkasteltava myös rumia, ristiriitaisia ja epämiellyttäviä asioita, koska paha on hyvän varjo (Carroll - Buchholtz 2000; Julkunen 2002). Etiikan konkretisointi arkeen, pätevän ja monipuolisen tiedon hankkiminen vallitsevista oloista ja käytännön vaihtoehtojen kartoittaminen, ovat hyvin tärkeitä asioita. Eettinen vastuullisuus näkyy esimerkiksi kykyinä minimoida pahaa ja tehdä sellaisia välttämättömiä valintoja, joista on myös hankalia, mutta siedettävissä olevia seurauksia (Snider – Hill – Martin 2003).

Hyvinvointiyhteiskunnan eettistä vastuuta on arvojen ja moraalinormien noudattaminen sekä toimiminen oikeudenmukaisesti. Eettinen vastuu on enemmän kuin vain taloudellista tai laillista vastuuta. Se on yhteiskunnan toimijoiden, oikeuksien ja toimintaympäristön kunnioittamista sekä yhteiskunnan asettamien velvoitteiden saavuttamista ja näiden oikeuksien takaamista (Carroll 1995). Eettinen vastuu ilmentyy erilaisina toiminnan normeina, standardeina ja odotuksina, jotka heijastavat kuluttajien, työntekijöiden, sidosryhmien ja yhteiskunnan käsityksiä sen oikeudenmukaisuudesta. Esimerkiksi yksilön oikeuksien ajaminen tai kaventaminen kertoo yhteiskunnallisista arvoista, joiden voidaan olettaa olevan tulevaisuuden trendejä ja johtavan mahdollisesti myöhemmin lainsäädäntöön ja hyväksytyyn toimintatapaan (Niiniluoto – Saarinen 2002; Niiniluoto - Sihvola 2005).

Hyvinvointivaltio ilmiönä käsitetään yleisenä normatiivisena toimintana eli pohdintana siitä, miten asioiden tulisi olla, miten meidän tulisi toimia ja millaisia yhteiskunnallisten rakenteiden tulisi olla, jotta hyvinvointivaltio voisi kehittyä ja toimia tulevaisuudessa (Kangas 1996). Puhuttaessa yleisesti pohjoismaisesta hyvinvointivaltiosta, on yleensä viitattu tasa-arvon, täystyöllisyyden, universalismin ja julkisen vastuun korostamiseen (Kosonen – Simpura 1999). Pohjoismaissa on edelleen voimassa suuri määrä yhteiskuntaa tasa-arvoisemmaksi muuttavia, ihmisten turvallisuutta lisääviä ja tulonsiirtojen tavoin vaikuttavia lakeja. Näitä ovat minimipalkkoja, työturvallisuutta ja -terveyttä, työt-

tömien oikeuksia, sukupuolten välisen syrjinnän kieltoa, pakollisia sairausvakuutusjärjestelmiä sekä työnantajien sosiaaliturva- ja työeläkemaksuja koskevat säädökset. Yhdessä nämä tekijät ovat tehneet Pohjoismaista maailman tasa-arvoisimmat, turvallisimmat ja vakaimmat yhteiskunnat, joissa terveys ja terveystalouden saatavuus on ollut lakiin kirjoitettu oikeus (Eriksson ym. 1987; Korpi - Palme 1998; Esping-Andersen 1999).

Yleisesti onkin katsottu, että pohjoismaisen hyvinvointivaltion roolina on ohjata markkinoiden toimintaa ja puuttua niiden tuottamiin jakoihin. Julkisen sektorin rooli on korostunut myös hyvinvointiin vaikuttamisessa (Kautto ym.1999). Toimeentuloturvan taso ja palveluiden laatu ovat korkeita. Toisaalta tulonjako on tasaista, eriarvoisuus ja köyhyys vähäistä (Kuhnle 2000).

Suomi on jo eräillä aloilla lakannut olemasta tyypillinen pohjoismainen hyvinvointivaltio ja alkanut muistuttaa pikemminkin keski- ja eteläeurooppalaisia maita. Tutkija Heikkilän mukaan on ilmeistä, että taloudelliset ja poliittiset edellytykset uusien lakisääteisten palveluoikeuksien säätämiseksi ovat vähäiset, eikä tällaisia uudistuksia hyvinvointipalveluihin tutkimuksessa ehdoteta. Vastattavaksi jää, miten vanhusväestön palvelut voitaisiin turvata: siirtämällä rahaa lasten palveluista vanhuksille, kilpailuttamalla ja yksityistämällä lakisääteisiä palveluita vai maksattamalla vanhuspalvelut yhä kasvavassa määrin palvelujen käyttäjillä (Heikkilä – Kautto – Taperi 2005)?

Murto on ilmaistut huolensa hyvinvointivaltion tulevaisuudesta kirjoituksessaan sosiaali- ja terveystalouden hyvinvointipalvelujen tuottajina. Hän kysyy: ”Näinkö vakavasti olemme vähitellen luopumassa hyvinvointipalvelujen universaalisuudesta niin peruspalvelujen tuottamisessa kuin niiden rahoituksessa”? Murron mielestä yksilöllisyyden huomioonottaminen toteutuu usein varsin huonosti ja hyvinvointivaltion lupaus huolenpidosta jää vain retoriseksi puheenvuoroksi kansalaisille (Murto 2003).

6.3 Terveystalouden tulevaisuus – yhteiskunnan suunta

Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta teki keväällä 2003 päätöksen koko eduskuntakauden mittaisen Terveystalouden tulevaisuudet -hankkeen käynnistämisestä. Aiheen käsitteilyä valiokunnassa pohjustivat gekonteknologiasta ja perimä- ja kanta-soluteknologiasta

tehdyt arvioinnit eduskuntakaudella 1999–2003. Raportin mukaan Suomi käyttää kansainvälisessä vertailussa henkeä kohti varsin vähän varoja terveydenhuoltoon. Tulevaisuuden keskeiseksi haasteeksi jo arvioinnin alussa tunnistettiin yhä ongelmallisemmaksi muodostuva epäsuhta hoidon lisääntyvän tarpeen ja paranevien hoitomahdollisuuksien ja käytettävissä olevien resurssien välillä (Kuusi ym. 2006).

Nykyisen hallituksen tavoitteena on kannustaen ja välittäen vahvistaa ihmisten perusturvaa ja arjen turvallisuutta sekä parantaa palveluiden vaikuttavuutta, monipuolisuutta sekä lisätä inhimillistä hyvinvointia. Tavoitteena ovat asiakaskeskeisten palveluiden ja hyvien toimintakäytäntöjen toteutuminen sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hyvällä yhteistyöllä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa parannetaan palvelujärjestelmän laatua, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta (Valtionvarainministeriö 2002; Valtionvarainministeriö 2003). Vanhustenhuollossa ja vanhusten palveluiden kehittämisessä, keskeistä on ikääntyneiden toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen vahvistaminen. Kattavan vanhustenhoidon turvaamiseksi parannetaan hoitotuen, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen, omaishoidontuen ja kotitalousvähennyksen yhteensovittamista siten, että nämä täydentävät toisiaan saumattomasti.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutetaan palveluinnovaatiohanke, joka kohdistuu mm. kansalaisten omatoimisuuden, osallistumisen ja toimintaedellytysten parantamiseen, työnjaon kehittämiseen, toiminnan ja palvelujen vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantamiseen sekä palvelujen monipuolisuuden lisäämiseen. Lapsiperheiden köyhyyttä vähennetään ja eriarvoistumiskehitykseen puututaan parantamalla heidän taloudellista asemaa. Tehostetaan ehkäisevää päihdetyötä vakiinnuttamalla varhainen puuttuminen perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon pysyväksi toimintamalliksi. Hallitusohjelman mukaan kansanterveydellisin perustein kiristetään alkoholijuomien ja tupakkatuotteiden verotusta. (VNK 2007.)

Suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan keskeisiksi ongelmiksi on ymmärretty väestön nopea ikääntyminen, verovaroja niukentava kansainvälinen verokilpailu ja lääketieteellisten hoitojen jatkuva kallistuminen. Ratkaisuksi tähän esitetään joko verotuksen kiristämistä tai palvelujen yksityistämistä ja vastuun siirtämistä kansalaisille. Muutosten taustalla ovat lähinnä yleinen vaurastuminen ja koulutustason nousu. Uuden tilanteen vuoksi hyvinvointivaltio ei pysty enää ylläpitämään hyvinvointiyhteiskuntaa, asukkai-

taan tukevaa yhteisöä. Ydinilmiönä on suomalaisten nopea yksilöllistyminen, jonka yhteiskunnallisia seurauksia ei ole vielä kunnolla sisäistetty. Muuttuneessa yhteiskunnassa valtion ja kansalaisten suhde on muuttunut. Muutos näkyy tavassamme toimia lähimmäisten kanssa. Näitä ovat terveysvalistuksen ja sääntelyn tehon heikkeneminen. Nykyinen hyvinvointivaltio on luotu köyhyyden ja niukkuuden aikakaudelle. Kasvun ja runsauden aikana hyvinvointiongelmat eivät enää liity ravinnon, koulutuksen, suojan ja muiden perustarpeiden tyydyttämiseen. Suurin osa terveysongelmista ja muista hyvinvointiamme uhkaavista ongelmista on omilla valinnoilla aiheutettuja elämäntapavaivoja. Vaurailta suomalaisilla on aiempaa paremmat mahdollisuudet kuluttaa ja myös aiheuttaa itselleen haittoja. Väärien elämäntapavalintojen mahdollisuuksien kasvu on lisääntynyt elintason kohoamisen mukana. Yksilö voi vapaasti valita joko vapaaehtoisen nälän ja anorexian mutta toisaalta liikalihavuuden (Mokka - Neuvonen 2007).

Peruspalveluministeri Paula Risikon johtama sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta on ryhtynyt kokoamaan eri tahojen näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan (2008–2011), joka laaditaan syksyn 2007 aikana. Ohjelma sisältää tavoitteet ja toimet, joihin sosiaali- ja terveydenhuollossa seuraavan neljän vuoden aikana pyritään. Kansallisella kehittämisohjelmalla pyritään konkreettisiin toimiin kehittämään sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä tukemaan kunta- ja palvelurakennemuutoksen eli PARAS-hankkeen tavoitteita. Kehittämisohjelmalla halutaan vähentää syrjäytymistä, parantaa terveyttä, lisätä hyvinvointia ja kaventaa terveyseroja. Lisäksi tavoitellaan palvelujen laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden paranemista. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen ja -tuotannon kehittäminen vaatii muun muassa lainsäädännön uudistamista. Muita toimia ovat esimerkiksi suositukset, hankkeiden valtionavustukset ja hyvien käytäntöjen jakaminen (VNK 2007; www.kunnat.net).

6.4 Yksilön ääni terveydenhuollossa

Seuraavassa on esitelty seitsemän erilaista terveydenhuollon asiakastapausta perustuen päiväkirja-aineistoon, joista jo aikaisemmassa vaiheessa olen kerännyt hiljaisia signaaleja. Tapaukset ovat jokainen oman ryhmänsä tyyppitapauksia ja yleisiä suomalaisessa terveydenhuollossa. Tapaus yksi kuvaa yhteiskunnasta syrjäytynyttä alkoholista, jolla

ei ole omasta mielestään enää mitään menetettävää. Hän on välinpitämätön omasta hyvinvoinnistaan. Toisaalta se kertoo ylihoitamisen ideologiasta, joka jo vuosia on ollut tämän ihmisryhmän kohdalla yleinen suuntaus.

Mies 55-vuotias, aikaisemmin perusterve, joka jäi työttömäksi saneerauksen vuoksi. Useiden tuloksettomien työhakuyritysten jälkeen, hänen tyhjiä päiviään täyttää alkoholi. Työvoimatoimisto on useasti tarjonnut hänelle uudelleenkoulutusta ja kursseja, jotka eivät ole kiinnostaneet häntä eivätkä ne tuntuneet enää mielekkäältä. Ystäväpiiri on muuttunut ryypyporukoiksi. Mies kokee, ettei millään ole enää väliä. Edullisen alkoholin tuoma unohdus on tunne, joka kantaa aina seuraavaan päivään. Lopulta ryypätessä on mennyt reilu kuukausi eikä hän ole syönyt juuri ollenkaan. Kaikesta tästä johtuen hänen vatsansa on kipeytynyt ja yleistilansa heikentynyt. Lopulta henkilömme päätyy ambulanssilla sairaalaan. Sairaalassa kuluu reilu kuukausi. Hänet leikataan, hoidetaan teho-osastolla ja kuntoutetaan osastolla usean viikon ajan. Hänen kotiutuessa, haiman todetaan vaurioituneen niin, että pitkäaikaissairaudeksi jää diabetes.

Kotiutuksen jälkeen alamäki jatkuu. Hän jatkaa alkoholin juomista. Alle viikossa kotiutuksesta, hän on takaisin päivystyksessä. Nyt hänen verensokeriarvonsa heittelevät. Uusi sairaus ei jaksu motivoida häntä. Hänelle tähdennetään, kuinka tärkeää olisi hoitaa itseään, ettei tilanne karkaisi käsistä ja ongelmat lisääntyisi. Kuluu kolme vuotta sairaalakierteessä, jonka aikana hoidetaan useita haimatulehduksia, alkoholihulluuden hoitajaksoja ja monia katko jaksoja päihdehuoltoyksiköissä. Lopulta todetaan, että henkilöllä on kaikki diabeteksen liitännäissairaudet ja pahan, huonosti hoidetun haavainfektion vuoksi joudutaan toisen jalan amputaatioon. Omasta mielestään hänen tilansa ja elämänsä ovat kuitenkin tyydyttävää, kaveripiiri tuttua ja turvallista, juomat porukassa yhteisiä ja mikä parasta hän saa maailman parasta sairaanhoitoa, kun sitä tarvitsee. Itse hänen ei tarvitse maksaa hoidoista eikä huolehtia itsestään. Sosiaalityö hoitaa omavastuuosuuden, koska hänellä ei ole tuloja.

Syrjäytyneiden joukko ei ole yhtenäinen tietyt tuntomerkit täyttävä joukko, vaan ennemminkin mosaiikki, jossa on erilaisia ongelmallisia ryhmiä. Pitkään vähimmäisturvalla eläminen on selvästi yhteydessä köyhyyteen, terveysongelmiin, alkoholin liika- käyttöön ja syrjäytymiseen (Siren – Lehti – Kivivuori 2005; Mäkelän – Österberg 2006;). Vapaa ja tasa-arvoinen yksilönvastuu sekä hyvinvointiyhteiskunta pitävät yllä valintojen mahdollisuudesta, olivat ne sitten yhteiskunnan kannalta hyviä tai huonoja. Siksi sairautta voidaan pitää kokonaan tai osaksi yksilön käyttäytymisen tai oman valinnan tuloksena. Usein on keskusteltu, pitäisikö ”itse aiheutetusta” sairaudesta rangaista, korottamalla hoidon hintaa tai vaikeuttamalla hoitoonpääsyä (Harris 1995; Törönen 2004).

Parsonsin (1951) mukaan sairas henkilö ei ole vastuussa itsestään tai tekemisistään. Yhteiskunnan tulee määrittää rajat terveydenhuollon käyttämiseen. Merkittävin on kuitenkin yksilön oma rooli ja se miten hän valitsee omaa terveyttään lisäävän tai vähentävän käyttäytymisen silloin, kun yhteiskunnassa joudutaan säännöstelemään terveydenhuollon resursseja (Haavi 2002). Yhteiskunnan halutessa painottaa terveysvalintojen vastuuta sairauksien ennaltaehkäisyssä ja toisaalta yksilön ottaessa vastuuta omasta itsestään, päästään yhteiskunnassa kustannusvaikuttavaan tilaan, jossa hoitojen valinnan vapaus säilyy. Sairaus ei ole elämää uhkaava eikä rajoita poliittisia toimintamahdollisuuksia (Minkler 2000).

Vapaa ja tasa-arvoinen yksilön vastuu pitää valintojen mahdollisuudesta, olivat ne sitten yhteiskunnan kannalta hyviä tai huonoja. Yksilön oikeat ja väärät valinnat ovat kuitenkin vahvasti vaikuttamassa terveydenhuollon kustannuksiin ja siihen kuinka hyvin tai huonosti voimme tulevaisuudessa turvata terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden. Yksilön vastuu ja valinnat ovat ratkaisevassa asemassa, kun määritetään tulevaisuuden yksilövastuista terveydenhuoltojärjestelmää. Vapaa ja tasa-arvoinen yksilön vastuu pitää valintojen mahdollisuudesta, olivat ne sitten yhteiskunnan kannalta hyviä tai huonoja (Harris 1995; Minkler 2000; Cappelen - Norheim 2002; Haavi 2002).

Yhdysvalloissa yhdeksi tärkeimmäksi terveydenhuollon tavoitteeksi on viime vuosina noussut toiminta, jolla yksilö kantaa huolta omasta terveydestään sekä haasteet, kuinka väestö saadaan pysymään entistä paremmassa kunnossa. Viime vuosina amerikkalaista terveydenhuoltoa onkin uudistettu runsaasti ja kehitetty erilaisia terveyden edistämisen ohjelmia kroonisten sairauksien kulujen pienentämiseksi (Peters 1993). Terveysohjelmat aloitettiin neljästä suurimmasta kuluryhmästä, jotka olivat diabetes, astma, sydän – ja verisuonisairaudet ja lihavuus. Terveysohjelman peruseriaatteena oli kansalaisten omavastuun lisääminen. Potilaan saadessa diagnoosin näihin ryhmiin kuuluvista sairauksista, hänet veloitettiin osallistumaan terveystietokurssille vastineena siitä, että hänelle julkisella varoilla kustannettiin terveydenhuolto sairaalassa. Terveysohjelmilla sairauksien aiheuttamat kulut ovat pienentyneet ja sairaaloiden käyttöaste on selkeästi vähentynyt. Myös päivystykseen lähtemisen kynnys on noussut (Sharp 1994; Vickery 1996). Potilaille tarjottiin käyttöön videokirjasto ja Call-Centerit, joista tarvittaessa saattoi kysyä lisätietoa. Tällä käytännöllä saatiin kroonisten sairauksien hoidokuluja vähenemään ja säästettyä huomattavat summat terveydenhuoltomenoissa. Sa-

maan aikaan kehitettiin sähköistä potilastietojärjestelmää ja lisättiin tietojen vaihtoa sairaaloiden välillä. Näillä toimilla saatiin vähennettyä ns.terveysshoppailua, joka lisääntyi alussa järjestelmän käyttöönoton yhteydessä

Yhteiskunnallisen ja taloudellisen eriarvoisuuden lisääntymisen vuoksi, myös terveydenhuollon kentällä tietyt ryhmät ovat tulleet erityisen haavoittuviksi ja helposti syrjäytyviksi. Osittain he ovat ihmisiä, jotka ikänsä tai sairautensa puolesta ovat joutuneet valtavirrasta sivuun: pitkäaikaissairaat vanhukset, mielenterveysongelmaiset aikuiset ja lapset sekä syrjäytyneet nuoret. Asiantuntijoiden mukaan suomalaisessa yhteiskunnassa kaikkein heikoimmassa asemassa olevien elämäntilanne on kaikkein nopeimmin huononemassa, mikä on eettisesti hälyttävää (Lindqvist – Pelkonen – Halila 2001).

Päihde- että huumesairauksien hoidossa terveydenhuoltopalvelut eivät vastaa hoidon tarpeisiin. Hoidon puutteisiin lienee vaikuttanut, että päihdesairauksia on pidetty itse aiheutettuina (Paunio 2001). Tämä koskee etenkin pitkäaikaistyöttömiä, alkoholisoituneita ja vähemmistöryhmien edustajia. (Mokka - Neuvonen 2007).

Tapaus kaksi kertoo nyky-yhteiskunnassa olevasta ilmiöstä, jossa ihminen, vanhaksi tultuaan, joutuu terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmän pyöritettäväksi.

Nainen 82, mies 80, nainen 79, nainen 85, mies 85 ja nainen 68 vuotta ovat kaikki vanhuksia, jotka ovat jo vuosia eläneet joko omassa kodissaan kotipalvelun turvin tai vanhusten palvelutalossa. Heillä kaikilla on vanhuuden mukanaan tuomia sairauksia ja siksi he tarvitsevat runsaasti apua päivittäisissä toimissa. Kaikilla esimerkin vanhuksilla on eritasoisia muistiongelmia. Kotihoidon supistuneiden palveluiden ja palvelutalojen jatkuvan henkilökuntapulan vuoksi perushoitoon, liikkumiseen ja ravitsemukseen ei ehditä kiinnittää tarpeeksi huomiota. Kun syöminen ja juominen jäävät heikoksi sekä hygienia puutteelliseksi, ollaan hyvin pian virtsatie tai muussa tulehduskierteessä. Useinkaan hoivakodit tai kotihoito eivät ongelmaa tiedosta ennen kuin ollaan tilanteessa, jossa vanhus heikkenee eikä hän enää pärjää kotona tai laitoksessa. Jostakin syystä nämä tilanteet sattuvat useimmiten perjantai-iltaan tai virka-ajan jälkeen. Usein vanhuksen mukana seuraa hoitajan lähete, jossa ilmoitetaan, ettei vanhusta voida ottaa takaisin ennen seuraavan viikon alkua. Useasti toivotaan myös, että vanhuksen suurihoidoitusvuoksi päivystykset voisivat järjestää jonkin muun hoitopaikan. Tästä alkaa pattitilanne, joka yleensä kestää maanantaiamuun. Perusterveydenhuollon paikkapulan vuoksi, hoitoa aletaan toteuttaa päivystyksessä kun ehditään. Muistamaton vanhus tuntee ahdistuneisuutta meluavassa ympäristössä, huutavien ja sekavien humalaisten ja narkomaanien keskellä. Jatkuvasti vaihtuvat ihmiset ja tilanteet sekoitta-

vat viimeistään sellaisenkin vanhuksen, joka vielä tulovaiheessa oli edes orientoitunut.

Terveystenhuollossa joudutaan entistä useammin toteamaan, että vanhukset jäävät puolustuskyvyttömänä joskus erittäin vakavankin pallottelun kohteeksi. Kotipalvelu tai hoivakoti ”heittää” vanhuksen päivystykseen, päivystys muutaman tunnin jälkeen takaisin hoivakotiin, koska päivystys ei ole oikea hoitopaikka. Tämän jälkeen hoivakoti lähettää vanhuksen takaisin päivystykseen, jossa vanhusta hoidetaan ehkä yön yli. Aamulla vanhus palautetaan jälleen takaisin hoivakotiin, joka seuraavana mahdollisena päivänä lähettää vanhuksen omalle terveysasemalle. Omasta terveyskeskuksesta vanhus lähetetään läheteellä päivystykseen, joka tutkimuspaketin jälkeen palauttaa vanhuksen hoivakotiin. Näin käy usein niille vanhuksille, jotka muuttuvat suurihoitoiseksi eikä hoivakoti enää katso voivansa hoitaa vanhusta. Mitä vanhuksille kuuluu nyt? Yhden osalta pallottelu on päättynyt, koska hän kuoli joitain aikoja sitten. Neljä vanhusta jatkaa maailmankuvansa avartamista ja matkaillevat laitosten välillä ahkeraan. Yksi sai lopulta omaisten määrätietoisen toiminnan vuoksi ryhmäkotipaikan yksityisestä hoivakodista, joka ei ainakaan vielä ole lähettänyt häntä matkailmaan vaan hoitaa velvoitteensa asianmukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2001 vanhustenhuollon laatusuosituksen. Tuolloin arvioitiin, että vanhustenhuollon saattaminen kuntoon vaatisi noin 4 000 työntekijän palkkaamista. Kunnallisessa vanhusten laitoshuollossa henkilöstön määrä on vähentynyt viimeisen viidentoista vuoden aikana. Kuitenkin samalla hoidettavien vanhusten kunto on keskimäärin heikentynyt. Vuonna 1990 oli vanhusten laitoshuollossa 1 000:tta 75 vuotta täyttänyttä kohti 70 työntekijää. Vuonna 2000 vastaava luku oli 58 ja vuonna 2004 vain 54. Vielä suurempi lasku henkilökunnan osuudessa oli perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa (Eduskunta, PTK 41/2006 vp).

Iäkkään potilaan kuuleminen, hänen informoimisensa ja ylipäättään hänen hoitamisensa edellyttää aivan erilaista ajallista panostusta kuin nuorempien. Hoidon puutteet voivat olla kohtalokkaita. Vanhusten hoidon arkipäiväinen puute on myös välinpitämättömyys iäkkään ihmisen yksityisyydestä. Kun vanhuksen vaippoja vaihdetaan muiden potilaiden tai heidän omaistensa läsnä ollessa, ei voida puhua ihmisarvon loukkaamattomuudesta (Paunio 2001). 1990-luvulla pyrittiin vahvasti laitoshoidosta avohoitoon vähentämällä laitoshoidoa ja lisäämällä palveluasumista. Avopalvelujen kehittäminen jäi kuitenkin suunniteltua vähäisemmäksi ja niiden kattavuus jopa väheni. 1990-luvulla vanhusten kotihoito supistui puoleen. Kun kodinhoitoapu puuttui, moni vanhus joutui muuttamaan laitokseen tai palveluasuntoon, joiden määrä kolminkertaistui (Vaarama – Noro 1997, Vaarama – Voutilainen -Kauppinen 2002).

Tapaus kolme on esimerkki omaisen vääristyneestä huolehtimisesta ja niistä yhteiskunnan paineista, joihin omainen voi kokea joutuvansa. Yhteiskunta peräänkuuluttaa lähimmäisen vastuuta toisalta supistaa palveluja. Samalla tapaus kertoo kaltoinkohtelun yleistyneestä muodosta, joka toistuu aina juhlapyhien alla.

Tapaus kertoo 86-vuotiaasta rouvasta, joka asuu omassa asunnossaan kotipalvelun turvin. Kotipalvelu käy hänen luona kuusi kertaa päivässä ja varmistaa näin kotona asumisen. Luonteeltaan rouva on aurinkoinen, iloinen ja aikaansa seuraava vanhus, mutta fyysisesti kohtalaisen huonokuntoinen. Hänellä on tytär, joka on alkanut ottamaan hoivavastuuta äidistään. Hän seuraa sivusta, jotta äidin asiat tulevat hoidettua. Tytär käy äidin luona kerran kuukaudessa ja ottaa äidin luokseen juhlapäivinä.

Kiireisen joulun lähestyessä, tytär on tullut tulokseen, ettei jaksakaan tänä jouluna ottavat äitiään luokseen. Tytär itsekin on ollut viimeiset viikot sairaana. Niinpä hän päättää soittaa kotipalveluun viime tipassa ja peruu äidin kotipalvelun koko joulun ajaksi. Hän ilmoittaa, että äiti on joutunut sairaalaan koko jouluksi. Sen jälkeen hän odottaa, että kello tulee 18.00. Hän tilaa ambulanssin ja lähettää äidin päivystykseen. Tytär itse tulee mukana varmistamaan, ettei äitiä palauteta. Päivystyksessä hän ilmoittaa, ettei hän voi hoitaa äitiään jouluna eikä jäädä odottamaan lääkärin tuloa ja poistuu nopeasti jättäen ainoastaan kännykän numeron, joka ei vastaa koko jouluna.

Tutkittuaan rouvan, päivystäjä toteaa, ettei ole mitään syytä sairaalahoittoon. Vanhus itsekin haluaa kotiin. Päätetään, että hän voi lähteä kotiin viettämään joulua. Ennen kotiutusta yritetään soittaa tyttarelle – turhaan. Tämän jälkeen soitetaan kotipalveluun, joka kertoo, että kotipalvelu on perutettu koko joulun ajalta. Kotipalvelua ei näin nopealla aikataululla voi järjestää, vaikka kuinka haluaisivat. Tytär oli selvästi ilmoittanut, että kotipalvelua ei jouluna tarvita, koska äiti jää koko jouluksi sairaalaan. Rouva itse haluaa kotiin, muttei pärjää kotona ilman kotipalvelua. Tytär ei vastaa puheluihin, joten vanhusta ei voida lähettää tyttären luo. Vuodeosastotkin ovat täysiä eikä niille häntä saada. Supistetun toiminnan vuoksi, joulun ajan erikoissairaanhoidon paikoillekin on jonoja, joten sekään ei ole ratkaisu. Mitä siis tapahtui?

Rouvalle kerrotaan tilanne, ettei hän voi kotiutua, kun tytär on peruuttanut kotipalvelun. Tähän hän toteaa, että kyllä hän muutaman päivän kotona selviää ilman apuakin. Hänen ei tarvitse vaihtaa välttämättä vaatteita, kunhan saisi purkin maitoa mukaansa. Tähän epätoivoiseen pyyntöön ei tietenkään voida suostua, koska huoli pärjäämisestä kotona yksin on suuri. Vanhus jää päivystykseen humalaisten väliin nukkumaan, koska mitään muuta sijoitusta ei pystytty järjestämään. Hän itkee koko joulun, rukoilee kotiinpääsyä joka päivä ja on pahalla mielellä. Toisena joulupäivänä kotipalvelu ilmoittaa, että he ovat saaneet järjestettyä neljä käyntikertaa vuorokaudessa ja rouva pääsee kotiutumaan Tapaninpäivän jälkeisenä päivänä. Koko joulun aikana tytär ei soita kertaakaan eikä vastaa puhelimeen.

Ensimmäinen varjo ihmisarvon ylle tulee julkisesta mielikuvasta, jonka mukaan varsinaisesti arvostettavia yksilöitä ovat itsenäiset, tuottavat, omillaan selviytyvät ja koko ajan eteenpäin pyrkivät ihmiset. Terveystieteiden nähdään asian kääntöpuoli. Sinne tulevat ne, jotka eivät selviä näillä kriteereillä. Vanhuskroonikoiden hoito-oloissa ja heihin kohdistetuissa asenteissa ilmenevät ihmisarvo-ongelmat (Lindqvist 2001).

Mikä tulkitaan vanhuksen kaltoinkohteluksi? Iän, sairauksien myötä ja sosiaalisen elinympäristön kaventuessa, saattaa ikääntyvän ihmisen vuorovaikutus perheen sisällä ja muihin ympärillä oleviin ihmisiin häiriintyä. Puolison mustasukkaisuus, sairaus, päiheteiden käyttö tai omaishoitajan uupuminen voivat kärjistä vanhuksen kohtelua. Aikuiset lapset, lastenlapset, muut sukulaiset tai ulkopuoliset henkilöt voivat käyttää hyväkseen vanhusta taloudellisesti ja kohdella häntä jopa väkivaltaisesti. Kaltoinkohtelusta puhutaan myös, kun hoitoa ja apua laiminlyödään tarkoituksellisesti (aktiivisesti) kieltäytymällä hoitovastuusta tai jätetään hoitamatta (Kivelä 2001). Hoidon ja avun laiminlyönti voi olla myös tarkoituksetonta (passiivista), jolloin hoidon epäonnistuminen ja siitä vanhukselle aiheutuneet kärsimykset voivat johtua hoitovastuussa olevan henkilön osaamattomuudesta, uupumuksesta tai välinpitämättömyydestä. Sosiaalinen kaltoinkohtelu on toisen henkilön estäminen sosiaalisesta kanssakäymisestä perheenjäsenten tai ystävien kanssa. Laiminlyönti on taas tarkoituksella tai tarkoituksetta huolehtimatta jättämistä elämän tai hoivan tarpeista (La Rocco 1985; Saveman 1994; Pillemor - Mooren 1989; Saarinen 1994; Koch – Webb – Williams 1995; Isola - Voutilainen 1998).

Tapaus neljä on kertomus omaishoitajan arjesta, kun omaisia ei ole ja tarvitaan yhteiskunnan ja terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita.

Nainen 80 vuotta ja mies 85 vuotta ovat aviopari ja asuvat omassa asunnossaan. He ovat olleet naimisissa yli 60 vuotta eikä heillä ole lapsia. naisella todettiin kymmenen vuotta sitten vaikea dementia ja harhaluuloisuus, jonka jälkeen hänen tilanteensa on nopeasti huonontunut. Mies on hoitanut vaimoaan itsenäisesti, kunnes tilanteen vaikeuduttua hän lähti hakemaan apua yhteiskunnalta. pariskunnasta mies on ikäisekseen hyväkuntoinen. Pariskunta on aina selviytynyt omillaan. Mies huolehtii vaimostaan hyvin, vaatteet ovat aina puhtaat, hiukset hyvin laitettut ja leikatut ja kaikesta saa huolitellun vaikutelman.

Lääkärille mies on useasti kertonut jatkuvista ongelmista kotona – vaimon virtsan pidätysongelmasta, levottomuudesta, hankalista harhoista ja siitä, että vaimo pyrkii lähtemään karkuteille. Käyttäessään kerran vaimoaan hammashoitolassa, vaimo oli mennyt sekavaksi ja käyttäytynyt väkivaltaisesti.

sesti lyöden miestänsä. Mies on joutunut jo pitkään valvomaan öitä varmistakseen, ettei hänen vaimonsa katoa kotoa, kuten muutaman kerran on käynyt. Lääkärissä todetaan, että vaimon toimintakyky on ratkaisevasti alentunut jo vuosien ajan ja hänen muistinsa on heikentynyt huomattavasti. Kunnan vähäisen paikkatarjonnan ja huonon rahatilanteen vuoksi, pariskunnalle ei voida myöntää intervallipaikkaa. Pariskunta kotiutuu sairaalasta entiseen tilanteeseen.

Kotona tilanne jatkuvasti pahenee ja lopulta muuttuu kestäättömämmäksi eikä mies enää jaksa hoitaa vaimoaan. Hän keksii lähettää vaimonsa sairaalan päivystykseen perjantai-iltaisina mitä erilaisimmilla syillä. Sairaalaan vaimo on kuitenkin yleensä joko saman tien tai seuraavana aamuna lähetetty takaisin miehensä hoitoon. Lopulta mies kaupassakäyntireissulla pyörtyy väsymyksestä, lyö päänsä kaatuessaan ja joutuu sairaalaan. Vaikka miehen tila olisi vaatinut tarkkailua, hän ei suostu jäämään sairaalaan, koska vaimo on yksin kotona lukkojen takana, eikä hän pärjää siellä muutamaan tuntia pidempään. Kotiin yritetään saada apua, jotta mies suostuisi jäämään tarkkailuun. Apua ei saada huonon kotihoidon henkilökuntatilanteen vuoksi ja lopulta päädytään tilanteeseen, että ambulanssi hakee vaimon sairaalaan. Nainen otetaan miehensä kanssa sairaalaan sosiaalisin syin siksi aikaa, kun mies joutuu olemaan sisällä. Pariskunta sijoitetaan samaan huoneeseen, jossa mies hoitaa sairasta vaimoaan, vaikka itse on sairaana.

Pariskunnalle, joka on ikänsä ollut kahdestaan, ehdotetaan, että vaimo laitettaisiin pysyväispaikalle laitokseen. Miehelle paikkaa laitokseen ei hänen hyvän kuntonsa vuoksi löydy - onhan heillä yhteinen velaton koti. Pariskunnalle olisi edessä muutto eri osoitteisiin. Tähän ei mies tietenkään suostu vaan vie vaimonsa kotiin. Mies olisi ollut valmis kotipalveluun ja tiettyihin hoito-osastojaksoihin tarjotussa laitoksessa, mutta tätä ei yhteiskunnalla ole hänelle tarjota. Tilanne ajautuu pattitilanteeseen ja pariskunta jää yksin ilman minkäänlaista apua. Mies hoitaa vaimoaan, lähettää hänet aina ajoittain sairaalaan toiveella, että vaimo kotiutetaan vasta seuraavana päivänä. Siten mies saa levätä edes yhden yön.

Eräänä perjantai-iltana vuonna 2007 miehen voimat loppuvat. Hän soittaa ambulanssin vaimonsa sekavuuden vuoksi. Ambulanssin tullessa paikalle, henkilöstö oli löytänyt sekavasti käyttäytyvän vaimon ja itkevän miehen. Miehen kanssa sovittiin, että vaimo tuodaan päivystykseen ja hänelle yritetään löytää sairaalasta vuodeosastopaikka sosiaalisin syin. Tämä onnistuikin, koska päivystyksessä on ”konkari” lääkäri, joka ymmärtää pariskunnan hätätilanteen. Myöhemmin mies taipuu päätökseen, että vaimo sijoitetaan laitokseen ja hän jää yksin asumaan pariskunnan yhteiseen kotiin. Yhteiskunta voittaa väsytystaistelun.

Kuinka tarina päättyi? Vuoden ajan mies yritti saada heille yhteistä palveluasuntoa paikkaa, lähettämällä vaimoaan ajoittain sairaalaan saadakseen lepohetkiä kotona, mutta turhaan. Kun lopulta miehen voimat ehtyivät, yhteiskunta teki uudestaan tarjouksen, josta hän ei enää voinut kieltäytyä. Pariskunnalla oli edessään ero, jota mies oli loppuun asti pyrkinyt välttämään. Tapahuiko siis oikeus ja kohtuus? Näinkö yhteiskunnan turvaverk-

ko on rakentunut? Voiko siis yhteiskunta maksajana määrittää mitä ja miten se haluaa yhteiskunnan vastuuta kantaa yksittäisen kansalaisen osalta silloin, kun läheisen vastuu käy ylivoimaiseksi?

Kotona asuu sosiaali- ja terveysministeriön asettaman tavoitteen mukainen osuus 75-vuotta täyttäneistä. Avopalvelujen lisäämistavoitteesta huolimatta, säännöllistä kotipalvelua ja kotisairaanhoidtoa saaneiden vanhusten määrä on vähentynyt, vaikka ikääntyneiden osuus väestöstä on merkittävästi kasvanut. Suurin pudotus on tapahtunut kodin hoitoavun saatavuudessa: sen saajien prosentuaalinen osuus on pudonnut lähes puoleen lamaa edeltäneestä tilanteesta (Kivelä – Räihä 2001; Eduskunta, PTK 41/2006 vp).

Omaishoito ja kotihoidontuki ovat hyviä esimerkkejä palvelutuotannon uudenaikaisista järjestelyistä. Omaishoito on ollut ennen muuta vanhusten hoitomuoto ja hoidettavien enemmistö on ollut yli 65-vuotiaita. Omaishoito ja kotihoidontuki tulevat olemaan esillä, kun vanhustenhoidossa etsitään uusia ratkaisumalleja (Anttonen – Sipilä 2000).

Demokratiassa on kysymys ihmisen mahdollisuudesta vaikuttaa omaan elämäänsä. Länsimainen liberalismi on aina korostanut yksilön vapautta valita, määritellä ja etsiä täytymystä omassa elämässään (Tiihonen - Tiihonen 2004). Viime vuosien aikana keskustelu yksilön ja yhteisön oikeuksista on virinnyt uudelleen. Ristiriita ihmisoikeuksien kanssa ilmenee silloin, jos yhteisön paras (yhteiskunnan tai kunnan) näyttää olevan eri asia kuin yksilön oikeus tai vapaus valintoihin (Puro 1999; Alston - Steiner 2000; Pakkari 2000; Anttila 2002; Haapea 2002).

Tapaus viisi kertoo tavallisesta apua tarvitsevasta miehestä. Kertomus on suomalaisen psykiatrisen hoidon tämän päivän tilasta. Siitä kuinka apu ei tavoita.

Kyseessä on 55-vuotias, aina kohtelias ja miellyttävä mies, jonka vaimo oli kuollut syöpään noin kolme vuotta aikaisemmin. Miehen kanssa asuu poika, jolla on noin vuoden ollut vaikea mielenterveys- ja väkivaltakäyttämistäusta. Mies on käytännössä elättänyt poikaansa, joka jatkuvasti aiheuttaa murheita ja ahdistusta. Poikansa väkivaltaisen käyttäytymisen vuoksi, mies on yrittänyt ajoittain hakea apua - turhaan.

Onnellisimmat hetket vaimonsa kuoleman jälkeen, hän on kokenut lomamatkoillaan, joille hän pääsee lähtemään pojan ollessa kärsimässä tuomiota vankilassa tai poissa kuvioista. Hän kertoo, että lomalla hänen erektio- ja tiputteluongelmansa ovat poissa, seksi luonnistuu ja kaikki tuntuu olevan muutenkin hyvin. Erilaiset vaivat alkava heti, kun hän palaa arkitodellisuuteen ja takaisin Suomeen. Mies on turhaan yrittänyt hakea apua pojalleen, joka ei ole yhtään motivoitunut avun saamiseen. Miehen

suurin toive on, että yhteiskunta järjestäisi pojalle asunnon ja hän pääsisi asumaan yksin.

Ennen joulua tilanne kotona oli jälleen hankala, pojan rikottua humalassa ikkunoita ja peilejä. Miehen siivottua jälkiä, hän rikkoo kätensä ja siihen joudutaan ompelemaan useita tikkejä. Heti joulun jälkeen mies, joka on tullut useiden käyntien jälkeen tutuksi, tuodaan päivystykseen masentuneena ja ahdistuneena. Hän oli ottanut särkylääkkeitä suuren annoksen, koska koki, että vuosia kestänyt ahdistava tilanne ja väkivalta kotona eivät voi loppua muuten kuin hänen kuolemaansa. Hän kertoo, että oli itsemurhayritystä edeltävä päivänä soittanut lukuisia kertoja sosiaali- ja kriisipalveluun, mutta koki, ettei saanut apua sieltä. Virkailijat kehottivat ottamaan yhteyttä arkena omaan lääkäriin.

Päivystyksessä hänelle yritetään etsiä paikkaa psykiatriselta osastolta asioiden jatkoselvittelyä varten. Päivystäjänä olleen psykiatrin mielestä, miehellä ei ole sairaalahoidon tarvetta. Hän tekee diagnoosin näkemättä potilasta. Hänen ongelmansa ovat lääkärin mielestä enemmän sosiaalisia kuin psyykkisiä. Kotiutuessaan, hänelle annetaan lupa tulla päivystykseen milloin tahansa jos hän ei jaksakaan olla kotona. Jo samana iltana hänet tuodaan ambulanssilla takaisin nyt tajuttomana ja suuren määrän lääkkeitä ottaneena. Hän on jättänyt jälkeensä kirjeen, jossa kertoo ongelmista kotona ja rahahuolista, joita pojan velat aiheuttavat. Hän joutuu tehostettuun hoitoon ja rankkoihin tukihoitoihin. Sairaalaan kotiutuessa, hän saa ajan psykiatrian poliklinikalle, muttei taaskaan toivomaansa osastopaikkaa. Hän ehtii käydä tapaamisissa psykiatrin kanssa kaksi kertaa, kunnes hän taas tuodaan sairaalaan yliannostuksen vuoksi. Lopulta hän menehtyy, ennen kuin tilanteeseen ja hänelle saadaan apua.

Isometsän – Heikkisen ja Henrikssonin (1994) tutkimuksen mukaan neljä viidesosaa eli 83 % vakavasta masennustilasta kärsineistä oli ollut tekemisissä terveydenhuollon kanssa ja 45 % oli ollut yhteydessä psykiatriseen erikoissairaanhoidon viimeisten kolmen kuukauden aikana. Silti enemmistö heistä oli jäänyt ilman yhtäkään kolmesta vakavassa masennustilassa vaikuttavaksi tiedetystä hoitomuodosta. Miesten hoitotilanne oli selvästi naisia huonompi. Yhteiskunnan ja hoitojärjestelmien rakenteelliset muutokset ovat synnyttävät eettistä problematiikkaa. Esimerkiksi psykiatrista laitoshoidoa purettaessa, jouduttiin avohoidon vaikeisiin ongelmiin. Resursseja ei ollut tarpeeksi eikä uuteen tilanteeseen ollut riittävästi valmistauduttu (Lindqvist – Pelkonen – Halila 2001).

Tapaukset kuusi ja seitsemän ovat esimerkkejä triage- luokittelun ja priorisoinnin ongelmista suomalaisessa terveydenhuollossa.

Esimerkki tapaus on 25-vuotias perusterve, normaali, urheilullinen nuorimies, joka hoitaa kuntoaan ja on hyvässä ammatissa. Hän on naimisissa ja vaimo odotti pariskunnan ensimmäistä lasta, kun tapahtumaketju sai alkunsa. Miehellä oli sunnuntaina urheilusuorituksen jälkeen alkanut oudon kova päänsärky, jota hän oli pitkin maanantaipäivää hoitanut särkylääkkeillä. Kun särky ei helpottanut, hän hakeutui illalla päivystykseen. Lääkäri totesi, että todennäköisesti päänsärky johtuu päätetyöskentelystä, kirjoittaa reseptin ja kotiuttaa hänet sen kummemmin tutkimatta. Seuraavana iltana mies hakeutuu jälleen päivystykseen, koska saadut särkylääkkeet eivät ole auttaneet ja särky vain jatkuu - nyt paljon pahempana. Nyt diagnosoiksi tulee mahdollinen alkava migreeni ja mies kotiutuu jälleen saatuaan uuden lääkereseptin.

Keskiviikkoiltana sama mies on taas päivystyksessä, koska ei ole kyennyt menemään töihin päänsäryltään. Edes migreenilääkkeet eivät olleet auttaneet. Nyt epäillään ylirasitusta ja mahdollista psyykeongelmaa. Lääkäri kirjoittaa sairauslomaa kaksi päivää. Tässä vaiheessa mies itse ehdottaa pään tietokonekuvausta, koska koki vointinsa oudon sairaaksi ja kipeäksi. Tätä lääkäri ei katsonut tarpeelliseksi, koska kyseessä on perusterve nuorimies. Toisaalta terveyskeskuslääkäri ei saa kirjoittaa pään CT-kuvauslähetettä, koska se tutkimuksena on kallis eikä niitä siksi saa turhaan ottaa. Päättä ei siis kuvattu.

Torstai-iltana mies on jälleen päivystyksessä huonokuntoisena ja oksentelevaisena. Diagnosoiksi tulee jälleen migreenikohtaus. Miestä lääkitään, jätetään yöksi sairaalaan ja kotiutetaan vaimon hakemana seuraavana aamuna.

Samana iltana vaimo tuo tuskin pystyssä pysyvän miehensä päivystykseen. Oksentelu on ollut kotiintulon jälkeen jatkuvaa ja vaimo kertoo miehensä olevan jotenkin poissaoleva ja puheen muuttuneen oudoksi. Mies pääsee suoraan erikoissairaanhoidon, koska tilanne näyttää huolestuttavalta. Erikoissairaanhoidon kokenut lääkäri kirjoittaa heti lähetteen pääntukaukseen, koska päänsärky on kestänyt koko viikon ja miehen yleistila on laskenut. Pian kuvaushuoneeseen viennin jälkeen röntgen ilmoittaa, että mies on mennyt tajuttomaksi. Kuvassa löytyy tihuttava aivoverenvuoto. Mies lähtee kiireellisenä leikkaukseen. Hän kuntoutui vaikeasta sairaudesta ja pääsi palaamaan töihin vasta seitsemän kuukautta tapahtumien jälkeen.

Tapaus seitsemän.

Toinen esimerkki on 3-vuotias pikkupoika, jonka perheessä oli noroviruksen aiheuttama ripulitauti. Pojan vanhemmat hoitivat ripulitautia ensin kotihoidon keinoin, juottivat väkisin, antoivat kuumelääkettä ja muutenkin toimivat omavastuun näkökulmasta esimerkillisesti. Perheen muut kolme lasta ja molemmat vanhemmat sairastivat hankalan ripulin ilman, että hakeutuivat lääkäriin. Muun perheen jo parannuttua, poika oli sairastunut uudestaan ja vanhemmat olivat aloittaneet hoidon alusta. Nyt tilanne oli kuitenkin muuttunut. Kovasta omahoidosta huolimatta, poikaa ei saatu juomaan riittävästi, minkä vuoksi ripuli ja oksentelu vain pahenivat. Van-

hempien mielestä he tarvitsevat lääkärin apua. Väsyneen ja kipeän pojan kanssa he olivat hakeutuneet päivystykseen, josta heidät oli kuitenkin käännetty kotiin juomaan ja hoitamaan ripulia, terveisillä ripulin voi hoitaa kotonakin.

Seuraavana päivänä he olivat pyrkineet uudestaan päivystykseen samalla tuloksella. Perusteluna käännyttämiselle oli, että ripulitauti voidaan hoitaa arkena omalla terveysasemalla, jonne vanhemmat eivät olleet saaneet aikaa sitkeästä yrittämisestä huolimatta. Lopulta eräänä iltana äiti soittaa toisen sairaalan päivystykseen. Hän on puhelimesta epätoivoinen ja itkuihin hän kertoo, ettei heillä ole mahdollisuutta hakeutua yksityiselle lääkärille, eikä kukaan ota heitä vastaan koska kyseessä on vain ripulitauti. Äidin kanssa sovitaan, että poika saa tulla sairaalaan ilman lähetettä, koska tilanne puhelun perusteella vaikutti kotona vakavalta. Äidin tuodessa poikaa huomataan heti, että lapsi on vakavasti kuivunut ja kipeä. Hän ei verikokeita otettaessa reagoi mitenkään kipuun, ei vastaa puhutteluun ja tuijottaa yhteen kohtaan äitinsä sylissä. Äiti pyytelee paniikinomaisesti anteeksi, että on tuonut lapsen sairaalaan ilman lähetettä. Yli vuorokauden kestäneen nesteytyksen jälkeen, pojan kunto alkaa palautua ja lopulta päivystyksestä kotiutuu poika, joka vastailee, jaksaa istua, leikkiä ja syö leipää.

Priorisoinnilla tarkoitetaan asioiden laittamista tärkeysjärjestykseen. Terveystieteiden tutkimuksissa tällä on tarkoitettu tiettyjen hoitojen, sairauksien tai potilaiden asettamista etusijalle voimavarojen rajallisuuden takia. Priorisointia on kolmenlaista. Ulkoinen priorisointi tarkoittaa valintojen tekemistä potilaiden tai potilasryhmien välillä. Sisäisellä priorisoinnilla tarkoitetaan taas kaikkien potilaiden hoitamista, mutta valintoja tehdään tutkimusten, hoitojen ja hoitopaikkojen välillä. Kolmantena on piilopriorisointi eli hoitoon tulon kynnystä nostetaan tai palveluita suljetaan julkisen terveydenhuollon ulkopuolelle. (Ryynänen ym. 2006.)

Priorisoinnin oikeudenmukaisuus toteutuu huonosti, jos hoitoontulojärjestys ratkaisee sen, kuka saa hoitoa ja kuka ei. Suomessa vallitsee, ainakin virallisesti, suuri yksimielisyys siitä, että potilaan hyödyllisyys tai hyödyttömyys yhteiskunnalle ei saisi ratkaista sitä, ketä hoidetaan. Melkoisen yksissä tuumissa ollaan ainakin virallisesti myös siitä, että hoidon saantiin ei saa olla vaikutusta sillä, onko potilas myötävaikuttanut sairautensa syntyyn epäterveellisellä elämäntyyllillään vai onko sairaus syntynyt huolimattomista tavoista huolimatta. Potilaan intressi on saada mahdollisimman hyvää hoitoa ja kansalaisen intressi on terveydenhuollon oikeudenmukaisuus ja kustannusten kohtuullisuus (Church ym., 2002; Lenaghan 1999).

Nykyinen terveydenhuolto on epätasa-arvoista ja tarjoaa samaan aikaan sekä yli- että alihoitoa. Toisessa sairaanhoitopiirissä saatetaan esimerkiksi toteuttaa hoitoja kaksi kertaa enemmän kuin toisessa, eikä syynä ole sairauksien erilainen esiintyvyys vaan tilanteen satunnaisuus. Suurinta epätasa-arvoa on, jos hoito toteutuu sattumanvaraisesti (Ryynänen ym.2006). Priorisoinnin tulee aina perustua eettisesti hyväksyttäviin periaatteisiin. Keskeisimpänä voidaan pitää ihmisarvon periaatetta: kaikki ihmiset ovat samanarvoisia ja heillä on samat oikeudet riippumatta heidän ominaisuuksistaan tai asemastaan yhteiskunnassa. Toinen tärkeä periaate on solidaarisuus eli priorisointi tarpeiden mukaan: yhtäläisessä hoidon tarpeessa tulee antaa yhtäläinen hoito. Kolmas priorisoinnissa noudatettava periaate on kustannusvaikuttavuus: valitaan sellaiset toimintavaihtoehdot, jotka käytettyihin resursseihin nähden tuottavat eniten terveyttä tai elämänlaatua potilaille käytettävissä olevilla resursseilla (Kakkuri 2003; Lillrank 2003; Lillrank - Parviainen 2004).

7. Suomalaisen terveydenhuollon kolme skenaariota

Johdanto

Seuraavassa kuvataan terveydenhuollon tulevaisuus kolmen skenaarion avulla. Skenaariot ovat satunnaisuuteen perustuva terveysyhteiskunta, kehittyvä terveydenhuollon yhteiskunta ja jakautuva terveysyhteiskunta.

7.1 Satunnaisuuteen perustuva terveysyhteiskunta

2000-luvun alusta alkanut hyvinvointivaltion rapautuminen tulee jatkumaan koko vuosikymmenen. Tuloerojen kasvaminen ja hyvinvointipolitiikan universaalisuuden vähenemisestä tulee vuosikymmenen näkyvin suuntaus. Yksilön vastuu omasta terveydestä on jakautunut niihin, jotka aktiivisesti hoitavat terveyttään ja hyvinvointiaan ja niihin, jotka eivät välitä elintapojen muutoksesta. Yksi näkyvä piirre on lääkekulujen suuri kasvu.

Terveydenhuollon kehitys jatkuu todennäköisesti samantapaisena kuin nykyisin. Julkinen terveydenhuolto jää kiireellisten potilaiden hoidoksi, ensiavuksi ja teho-osastoksi.

Terveydenhuollon kustannuksiin kohdistuu huomattava nousupaine. Hallintayrityksistä huolimatta terveydenhuollon menot tulevat jatkuvasti nousemaan.

Palveluiden tarjonnan hajaantuminen ja hoivatarjonnan saaminen eriarvoistaa yhteiskuntaa entisestään. Hoidon laatu ja saatavuus riippuu paljolti siitä missä, mihin, milloin sairastuu ja kuka ja minkälaisella koulutuksella tai työkokemuksella oleva hoitaja tapaa potilaan ensin. Hoidon laatu on erittäin kirjavaa ja hoitajien osaaminen ja ammattitaito eri yksiköissä monen tasoista. Sairaaloissa potilaita yli- tai alihoidetaan ja valinta hoidon saamisesta perustuu satunnaisuuteen. Toisissa yksiköissä saa huippuhoitoa ja toisissa hoidon laatu tulee olemaan ala-arvoista. Kansalaisten keskuudessa epäoikeudenmukaisuuden tunne ja epävarmuus lisääntyvät priorisoinnin yleistyttyä, monet hankkivat terveysvakuutuksia. Kansalaisten mielestä yhteiskunta ei palkitse omasta terveydestä huolehtimista mitenkään ja koko terveydenhuoltoa leimaa satunnaisuuden ilmapiiri.

Väestö kokee, että päävastuu terveyden edistämisestä ja terveyskäyttäytymisestä on valtiolla, kunnilla ja terveydenhuollon ammattilaisilla. Kansalaisen sairastuttua, valitaan useimmiten lääke kuin muutetaan elintapoja terveellisempään suuntaan. Vaikka elintapojen kohentumista tapahtuukin, väärin elintapojen omaksuminen tulee lisääntymään. Vähäisten liikuntatottumusten ja heikon omavastuun vuoksi elintapasairaudet kasvavat räjähdysmäisesti. Sydän- ja verisuonisairaudet ovat yleisiä, liikalihavuuden vuoksi tukielin sairaudet tulevat yleistymään sekä aikuisiän diabetes lisääntymään. Samanaikaisesti kasvavat myös mielenterveysongelmat ja syrjäytymiskehitys. Yhteisöt ja lähimäiset ovat kokolailla merkityksettömässä asemassa. Usein omainen jää sivustakatsojaksi terveydenhuollon ammattilaisten tehdessä päätöksiä siitä, mikä on sairastuneelle henkilölle hyväksi. Toisaalta hyvän hoidon takeena saattaa olla vaativa omainen, joka ei tyydy sivustakatsojaksi. Terveys käsitteenä koetaan joko fyysisenä tai psyykkisenä terveytenä, toimintakyky fyysisenä terveytenä. Eli, jos ihminen on fyysisesti terve, hän on myös toimintakykyinen.

Viimeistään vuonna 2010 tullaan havaitsemaan, että Suomessa on yhä enemmän yksinäisiä vanhuksia ja kansalaisia. Tämä aktivoi paikallisesti kansalaisjärjestöjä, jotka lisäävät ystäväpalvelua. Koska toimintaan ei pystytä kanavoimaan yhteiskunnan varoja, se jää pienimuotoiseksi ja hyvin paikalliseksi toiminnaksi, jolla ei juuri tule olemaan merkitystä vanhuksille tai vammaisille. Vanhusten ja vammaisten palvelutarjonta on

kirjavaa. Terveys- ja sosiaalihuollon ammattilaiset kokevat, että vapaaehtoisjärjestöt eivät kykene tuomaan toimintaan mitään uutta ja kolmas sektori pyritään pitämään mahdollisimman kaukana ammattilaisten toimialueelta.

Yhteiskunnasta syrjäytyneiden joukon kasvaminen sekä varallisuuden epätasainen jakautuminen lisää yhteiskunnallista eriarvoisuutta. Eri sairaanhoitoalueet kehittävät voimakkaasti triage-järjestelmiä. Suomessa tuleekin olemaan 3-, 4- ja 5-portaisia järjestelmiä, jonka vuoksi hoitoa saa eri sairaaloissa eri kriteereillä. Yhteistyö sairaanhoitopiirien välillä on kokonaisuudessaan heikkoa eikä tietoa tai alueellisia innovaatioita levitetä oman järjestelmän ulkopuolelle. Ajoittain tullaan käymään vilkasta keskustelua erilaisista työssäkäyvistä kansalaisista, jotka tulevat joutumaan priorisoinnin johdosta vaille hoitoa tai heitä alihoidetaan. Kansalaiset kokevat epäoikeudenmukaisena, että työssä käyvä ja veroja maksava kansalainen ei välttämättä saa hoitoa silloin, kun sitä tarvitsee. Päivystyksissä ja sairaaloiden osastoilla hoidetaan suurimmalla mahdollisella intensiteetillä suuria syrjäytyneiden joukkoja joko sairauden tai sosiaalisin syin.

Ennen vuosikymmenen loppua Eduskunta määrittää hoidon laadulle miniminormit. Toimintaa ei kuitenkaan kyetä kunnolla valvomaan sairaanhoitopiirien erilaisten käytäntöjen vuoksi. Suurten terveystennojen vuoksi useissa kunnissa törmätään tilanteeseen, jossa hoitoihin varatut rahat loppuvat ennen uuden rahoituskauden alkua. Tämä aiheuttaa esimerkiksi sen, että loppuvuodesta sairastunut yksittäinen syöpäpotilas voi jäädä rahan puutteen vuoksi vaille tarvitsemaansa hoitoa tai joutuu odottamaan sitä pitkään. Kansalaiset, jotka kykenevät, pyrkivät rahoittamaan omaa hoitoaan yksityisillä sairausvakuutuksilla. Vanhat, aloitetut hoitosuhteet hoidetaan julkisessa terveydenhuollon pisteissä. Yhä nopeammin päädytään hoitojen lopettamiseen osittain siksi, että kunnissa hoidon kulut, kasvavien lääkemennojen vuoksi (www.kela.fi), nousevat liian suuriksi. Tässäkin tulee olemaan alueellisia eroja, koska varakkaammat kunnat kykenevät selviytymään hoitojen kustannuksista ja velvoitteista. Kuntien eriarvoisuus tulee esille myös palvelusetelitarjonnassa. Osissa kunnissa palvelusetelitarjonta on kattavampaa kuin toisissa.

Vuosikymmenen loppuun mennessä, hoitajapula tulee olemaan niin suuri, että hoitajista suuri osa on siirtolaisina muualta tulleita. Perinteiset hoitamisen arvot ja tapa hoitaa muuttuvat vähitellen. Suomalaisen yhteiskunnan muuttuessa, kärjistyvät ihmisarvon,

heikkouden ja vahvuuden, autonomian ja riippuvuuden kysymykset. Hoitamisen arvot ovat kuitenkin ristiriidassa yhteiskunnassa vallitsevien nopeus-, tehokkuus- ja tulosvaatimusten kanssa. Tulevan vuosikymmenen taitteessa, etenkin vanhusten määrän lisääntyessä, nousee esille kysymys, onko hyvä elämä mahdollista enää vain terveille yksilöille? Kenellä on oikeus palveluihin? niilläkö, jotka sen maksavat vai kaikilla kansalaisilla? Yhteiskunnan monikulttuurisuuden myötä huomataan, että hoitotyön eettinen ohjeisto on muuttunut ja osittain vanhentunut eikä se enää pysty vastaamaan muuttuneen yhteiskunnan toimintaan. Kehitystyöhön tullaan heräämään vasta, kun esille tulee vakavia puutteita ja jopa ihmisoikeusloukkauksia.

Ilmaston muuttuminen havaitaan myös terveydenhuollossa. Erilaiset nopeasti leviävät hengitystieinfektiot, ruokamyrkytykset ja ripulitaudit lisääntyvät. Suuret potilasmäärät epidemioiden aikana muodostuvat ongelmaksi etenkin sairaaloiden päivystyksissä. Päivystyksissä on liian vähän eristysmahdollisuuksia ja pitkään jatkuneen heikon työpaikkakoulutuksen vuoksi käytännön toimintasuunnitelmat ovat henkilökuunnalle vieraita. Terveystenhuollosta on liian vähän infektioitautien erityisosaajia yksikkötasolla, etenkin hoitohenkilöstön puolella. Epidemia-aikoina, osassa kuntia toiminta, tulee riistäytymään lähes hallitsemattomaksi kaaokseksi.

Vaikka valtiovalta onkin tehnyt vuosikymmenen alussa toimia alkoholismien vähentämiseksi, vakava alkoholismi ja niihin liittyvät liitännäissairaudet lisääntyvät räjähdysmäisesti. Samaan aikaan väkivalta terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa tulee lisääntymään. Eriarvoistuminen lisää epäluottamuksen ilmapiiiriä. Yhteisistä asioista on aina vain vaikeampi päättää. Yhteiskunnan väkivaltaistumisen myötä, joudutaan yhä useammin hoitamaan mm räjähdysonnettomuuksien aiheuttamia vammoja. Lopulta tullaan huomaamaan, että kehitys, joka on kestänyt vuosikymmen, on ajanut yhteiskunnan jakaantuneisuuden tilaan.

Vuosituhanneen vaihteesta alkanut terveydenhuollon kehittäminen jää pitkälti paikalliseksi eri sairaanhoitopiirien omaksi toiminnaksi. Uusia innovaatioita tai visioita toiminnasta on vaikea saada käytäntöön suuren muutosvastarinnan ja vaihtuvan henkilöstön vuoksi. Terveystenhuollon kehitystyö jää lähinnä vanhojen käytäntöjen parantamiseksi tai pieniksi paikallisiksi uudistuksiksi. Yleisesti koetaan, että uudistukset ovat uhka vanhalle toimivalle järjestelmälle ja henkilökuntaa on vaikea motivoida uudistuksiin. Terveystenhuollossa pidetään vahvasti kiinni totutuista käytännöistä. Sähköinen potilas-

tietojärjestelmä, johon potilaalla itsellään on pääsy, saa aikaan kansalaisten ja terveydenhuollon toimijoissa voimakasta vastustusta jo pilotointi vaiheessa. Tästä syystä kehitystyöstä luovutaan siinä laajuudessa kuin alun perin sitä suunniteltiin. Terveystenhuollon ammattilaiset valvovat järjestelmää ja vetäytyvät helposti tietosuojaturvan taakse. Toisaalta kansalaisilla on pelkoja omien tietojen salassa pysymisen vuoksi.

7.2 Kehittyvä terveydenhuollon yhteiskunta

Suomalainen terveystalitiikka tulee kehittymään voimakkaasti ja periaatteena on ihmisten tarpeiden turvaaminen kaikille kansalaisille. Kuntayhteistyö on vilkasta ja asiakkaan asemaa parannetaan systemaattisesti. Asiakas saa valita kiireettömän leikkaushoidon tuottajan vapaasti yli kuntarajojen. Suomessa toimii vuonna 2015 terveys- ja sosiaalipiirejä sekä sosiaali- ja terveysalueita. Tämä mahdollistaa sen, että esimerkiksi kroonikkovanhusten hoito kyetään järjestämään saumattomasti eri viranomaisten välillä parhaalla mahdollisella tavalla. Toisaalta kansalaiset äänestävät jaloillaan hoitopaikoista joka laittaa yksiköt parantamaan ja tehostamaan toimintaansa.

Koska vanhusien ja yksinäisten kansalaisten määrä tulee olemaan suuri, otetaan yhteiskunnassa käyttöön entisajan yhteisövastuun periaatteella toimiva järjestelmä, jossa yli 65-vuotiaille nimetään lähimmäiseksi joko puoliso tai vähintään 10 vuotta nuorempi henkilö. Samaan aikaan tehdään rutiininomaisesti hoitotahto, jossa lähimmäiselle annetaan valta hoitoon perustuviin päätöksiin, kun asianomainen ei itse enää kykene päättämään omasta hoidostaan. Potilaan antamalla suostumuksella myös lähimmäiselle annetaan valtuudet tutustua potilasasiakirjoihin ja antaa suostumuksia hänen puolestaan hoitoon liittyvissä asioissa, silloin kun henkilö itse on siihen kykenemätön. Tämä järjestelmä varmistaa sen, että potilaan oma hoitotahto terveydenhuollossa toteutuu paremmin eikä sitä tarvitse arvailla. Toiminta takaa sen, että ylihoitamisesta päästään ja yksilön tahto toteutuu paremmin. Omaishoitajajärjestelmää kehitetään ja kotona omaistaan tai läheistään hoitavalle turvataan lailla oikeus intervalli- tai akuuttihoitopaikkaan, lomien, vapaapäivien ajaksi tai kun hoidettavan kunto sen vaatii. Uudistuksilla yhä useampi saa asua kotona eivätkä omaishoitajat uuvu hoitotyössä.

Kansalaisia motivoidaan ottamaan vastuuta omasta terveydestä. Yksilöllä itsellään on laajat valtuudet oman terveyden ja hyvinvoinnin päätöksissä. Kansalaiset valvovat itse

hoidon laatua ja hoitosuosituksissa pysymistä. Yhteiskunnan rooliksi muodostuu hoitoon sitoutumisen vahvistaminen ja valistuksen antaminen. Yhdysvalloista saatujen positiivisten kokemusten siivittämänä, otetaan käyttöön terveysohjelmat aluksi neljän suurimman sairausryhmän osalta, joiden yhteiskunnalliset vaikutukset ovat suuret. Nämä ryhmät ovat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja liikalihavuus.

Sairausdiagnoosin saatuaan, potilas ohjataan terveysinformaatiokurssille, jonka vastuuvetäjänä on kyseiseen sairauteen perehtynyt lääkäri. Apuna hänellä tulee olemaan liikunnan, ravitsemuksen ja psyykkisen valmennuksen perehtyneitä terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisia. Näillä kurssilla potilaat saavat vapaasti kysyä mieltään askarruttavia asioita. Sairaudesta sekä ennusteista annetaan rehellistä ja ajantasaista tietoa. Kurssin jälkeen potilaat saavat tukea ja apua omasta aikuisneuvolastaan niin kauan kuin katsovat avun olevan tarpeen. Tällä toiminnalla terveydenhuollon menojen kasvua saadaan hillityksi ja nostettua kansalaisten kynnystä hakeutua päivystysvastaanotolle. Yhteiskunnan toimilla potilaille ja omaisille tulee muodostumaan vahva asema ja vaikuttamismahdollisuudet. He tulevat usein saamaan myös haluamiaan hoitoja. Tämä aiheuttaa osaltaan vaikuttaa sen, että terveydenhuollon menot lisääntyvät ja näin vähentää jo tehtyjen toimien vaikuttavuutta.

Yhteisöllisyys tulee nousemaan suureen asemaan. Yhteisöksi katsotaan perhe, työ- ja kouluyhteisöt. Ne huolehtivat yksilön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä taivuttelevat yhteisön jäseniä ruokatottumusten ja terveellisten elämäntapojen käyttöönottoon. Terveyskäsitteys muuttuu. Terveys käsitetään kokemuksena ja kokonaisvaltaisena hyvinvointina, kykynä selviytyä arkipäivän elämässä, ei niinkään fyysisenä terveytenä. Terveyden, asumisen ja ympäristönsuojelun vastuullisia valintoja pyritään lisäämään. Vuosikymmenen vaihtuessa otetaan käyttöön aikuisten terveysneuvolat, joihin pääsy tulee olemaan helppoa ja verkosto on kattava. Näissä yksiköissä ohjataan kansalaisia aktiivisesti ja pyritään jo ongelman alkuvaiheessa löytämään ratkaisu ongelmiin. Koko tulevan vuosikymmenen kehitetään voimakkaasti terveysteknologiaa ja kuluttajan asemaa parannetaan ottamalla kuluttajat vahvemmin suunnitteluun. Yhteiskunnassa konkretisoituu käsite osallistuva tuotanto. Palvelusetelijärjestelmää kehitetään ja kansalaisilla on mahdollisuus vapaammin valita terveys- ja sosiaaliuuttaja omaan tarpeeseensa parhaiten sopivalla tavalla. Yksityissektorin terveyspalveluiden tuotanto tulee vahvistumaan entisestään.

Call-Centerit ja niiden antama terveysneuvonta lisääntyy ja vuonna 2015 toiminta tulee kattamaan jo koko maan. Sähköisen potilastietojärjestelmän kehittyminen antaa potilaille uudenlaisia palveluita ja mahdollisuuksia. Yhtenäisillä järjestelmillä lääkärin työ nopeutuu ja jo sairaankuljetuksessa saadaan käyttöön tarvittavat potilaan sairautta koskevat tiedot. Potilas ohjautuu omalla alueellansa tai hoitonsa kannalta heti optimaaliseen sairaalaan. Sairaaloiden päivystyksiin avataan sairaanhoitajan vastaanotto ja sähköinen tietopalveluyksikkö, jossa potilaat voivat tutustua omiin potilastietoihin ja kysellä mieltään askarruttavista asioista. Tutustuminen omiin potilaskertomuksiin omalta kotikoneelta tulee mahdollistumaan. Yksilön päätösvaltaa omaan hoitoon vahvistetaan ja yksilön suostumusta tullaan tarvitsemaan yhä useampiin häntä koskeviin päätöksiin.

Verkostoituneen toiminnan ja vapaan kilpailun johdosta, kunnalliset ja osittain myös valtakunnalliset rajat tulevat poistumaan. Kansalainen kykenee itse hakeutumaan oman mielensä mukaan hyvää palvelua tuottavaan sairaalaan tai yksikköön jopa ulkomaille. Tämän toiminnan ansioista heikot ja toimintakyvyltään huonot yksiköt tulevat jäämään ilman potilaita ja lopetetaan. Toiminnan seurauksena terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköt alkavatkin tulevaisuudessa panostamaan laatuun ja asiakaslähtöisyyteen. Toimintojen prosessit selkiytyvät ja toiminta tehostuu voimakkaasti. Tämä taas vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin niitä alentaen. Hoivatarjonta tulee olemaan tasaista ja hoiva jakautuu tasaisesti. Tulevan vuosikymmenen lopussa liikkuvat terveydenhuollon yksiköt kehittyvät voimakkaasti. Syrjäseuduilla liikkeekin paitsi yleis- ja erikoislääkäripalveluita tarjoavia yksiköitä myös suurempia sairaalarekkoja, joissa voidaan tehdä pieniä kirurgisia toimenpiteitä sekä kuvastamis- ja laboratoriopalveluja. Toiminta jääkin pysyväksi niillä syrjäalueilla, joista matka terveydenhuollon kiinteisiin yksiköihin muodostuu kohtuuttoman pitkäksi. Muutoksen tuomina vuosina, monet sairaalat ja yksiköt kehittävät voimakkaasti toimintaprosesseja sekä työntekijöiden erityisosaamista ja työoloja mahdollisimman houkutteleviksi. Uusia innovaatioita ja visioita kokeillaan ja arvioidaan runsaasti. Eurooppalainen yhteistyö lisääntyy. Hyvät käytännöt tulevat käyttöön hyödyntäen kaikkia.

Terveydenhuollon suurin muutos tapahtuu, kun perinteisestä hoitavasta laitoksesta kehittyy potilaan terveystalo, jossa potilas ja hänen tahtonsa on määräävä tekijä ja terveydenhuollon yksikkö toteuttaa potilaan tahtotilaa. Yhteiskunnassa tullaan korostamaan yksilön oman valinnan merkitystä. Potilaalle tarjotaan kaikki mahdollinen informaatio

oman terveyspäätöksen tueksi. Päätös hoidosta ja sen toteutuksesta jää potilaalle itselleen tai hänen valtuuttamalleen henkilölle. Pian havaitaan, että kansalaiset, joille aktiivisesti on tarjottu tietoa ja informaatiota, ovat kehittyneet vahvasti myös tietoisiksi eri hoitomahdollisuuksista, joita lääketiede tuottaa. Tämä saattaa saada aikaan kehityksen, että kansalaiset alkavat vaatia lääkäreiltä hoitoja, joiden vaikuttavuus on lääketieteellisesti heikkoa. Tästä kehityksestä terveydenhuollon vaikuttavuus kärsii.

Suurta yhteiskunnallista keskustelua tulee herättämään, miten tulee suhtautua terveyttä tuhoaviin terveyspäätöksiin. Onko yksilö vastuussa itsestään? Jos yksilöt eivät ole holhouksessa, voivat he tehdä myös itseään koskevia epäedullisia ja vahingollisia päätöksiä, kunhan kantavat vastuun toiminnasta. Alkoholisteilta tullaan rajaamaan pois osa kalliista hoidoista tai hoitomuodoista. Mikäli potilas toistuvasti, tietoisesti ja välittämättä itsestään tai lääkäreiden ohjeista jatkaa juomista ja aiheuttaa itselleen tilan, jossa joutuu jatkuvasti saman sairauden vuoksi sairaalahoitoon, rajataan potilas kalliiden hoitojen ulkopuolelle. Perushoito turvataan kuitenkin kaikille. Rajauspäätös on aina väliaikainen ja voidaan perua, mikäli potilas osoittaa omalla toiminnallaan olevansa valmis kantamaan vastuuta terveydestään.

7.3 Jakautuva terveysyhteiskunta

Julkisen terveydenhuollon menojen jatkuva lisääntyminen ja sen heikko toiminta rapauttaa järjestelmää tulevan vuosikymmen alusta. Pitkään jatkunut satunnaisuuden yhteiskunta ajautuu pikkuhiljaa jakaantuneeseen tilaan. Terveydenhuollon toimintayksiköitä tullaan yhdistämään yhä suuremmiksi yksiköiksi toiminnan tehostamiseksi. Suuret yksiköt kärsivät kuitenkin pian pahoista johtamisongelmista ja jatkuvasta linjamuutoksista. Henkilökunta kokee suuret yksiköt jäykiksi ja päätöksenteon kaukaiseksi. Yhteisten asioiden hoitaminen ja niistä päättäminen muuttuu vaikeaksi, koska yksilölliset tarpeet tulevat korostumaan. Oman edun tavoittelu lisääntyy kaikilla elämänaloilla. Ihminen ja yksilöllisyys muuttuvat pikkuhiljaa tuotteiksi ja hänen arvonsa riippuu siitä, miten hyvin hän saa itsensä myytyä muille ihmisille. Terveydenhuollon henkilöstön hyvinvointiin, koulutukseen ja laatuun ei ole vuosiin kiinnitetty enää huomiota. Tämä saa aikaan sen, että aktiiviset työntekijät kouluttautuvat omaehtoisesti. Ne hoitajat, joilla on vahva ammattitaito, viimeisin koulutus sekä laaja työkokemus, ovat vahvoilla ja siirtyvät useimmiten yksityissektorille tai huippuyksiköihin. Yksityissektori ja vuokrafirmat

pystyvät tarjoamaan huomattavasti parempaa palkkaa, koulutusta ja työoloja kuin julkinen terveydenhuolto.

Yhteiskunnan eriarvoistumisen myötä tuloerot kasvavat koko ajan. Työssäkäyvä aktiivikansalainen jää usein vaille julkisen terveydenhuollon palveluita tai saa odottaa palvelua kohtuuttoman kauan. Potilaiden tietoisuus omista oikeuksistaan lisääntyy ja he tietävät entistä paremmin millaista hoitoa haluavat. Ongelmana kuitenkin on, että yhteiskunnan järjestelmä ei sitä kykene tarjoamaan. Vakuutusyhteisöt huomaavat tämän ja alkavat tarjota sairauden hoitoon liittyviä vakuutuksia. Työssäkäyvä väestö hankkii yhä yleistäviä terveysvakuutuksia, joilla järjestää ja turvata oma sairaanhoito, kun yhteiskunta ei sitä kykene hoitamaan.

Työssä käyvä aktiiviväestö ja parempituloiset kokevat vääryytenä, että he joutuvat maksamaan palveluista, joita eivät edes käytä. Terveysdenhuoltoon tullaan ohjaamaan yhä vähemmän julkista rahoitusta. Julkinen terveydenhuolto ajautuu entistä suurempiin vaikeuksiin. Sen asemaksi jää lähinnä syrjäytyneiden, työttömien ja heikko-osasten, ilman vakuutusta olevien kansalaisten hoito, joka ei muodostu yhtä laadukkaaksi kuin yksityinen. Tulevan vuosikymmenen lopussa, suurten ikäluokkien pikkuhiljaa siirtyessä eläkkeelle, alkavat työnantajat houkutella työntekijöitä uusilla etuuksilla kuten terveysvakuutuksilla töihin. Työnantajat järjestävätkin laadukasta hoitoa omille työntekijöilleen, jotka siirtyvät kokonaan pois julkisen terveydenhuollon palveluista. Työn merkitys tulee kasvamaan entisestään. Mikäli yksilö menettää työn tai työmarkkinakelpoisuuden, hän samalla menettää yhteiskunnallisen aseman ja yksityisen terveydenhuollon tarjoaman turvan. Yhteiskunta panostaa lähinnä tuottaviin yksilöihin. Yksityisen sektorin vahvistuttua, alkaa Suomeen kehittyä terveydenhuollon huippuyksiköitä. Niistä saa hoitoa jos on työelämässä ja vakuutettu. Yhteiskunnassa moralisointi vahvistuu ja aletaan vaatia entistä vahvemmin myös heikkojen yksilön oman vastuun lisäämistä. Yhteiskunta jakaantuu selkeästi menestyjiin ja putoajiin.

Terveydenhuollossa yleistyy hoivaköyhyys. Vähitellen hoitamisen laatu heikkenee, hoitamisen arvot rapautuvat ja hoitajien eettinen ja moraalinen toiminta huononee. Samaan aikaan hoidettavien joustamattomuus ja omien tarpeiden korostaminen lisääntyy. Perinteiset hoidon arvot väistyvät. Hoidon laatu ja inhimillinen kohtelu riippuu siitä, kuinka paljon hoidosta on valmis maksamaan ja tarjotaanko hoitoa yksityisellä vai julkisella puolella. Päävastuu terveyden edistymisestä tulee olemaan vakuutusyhtiöillä ja tervey-

denhuollon yksityissektorilla, jotka pitkälle määrittävät millaisen yksilön hoitoon kannattaa panostaa. Tulevana vuosikymmenenä terveydenhuollon oikeudenkäynnit lisääntyvätkin dramaattisesti ja useat sairaalat alkavat vakuuttaa työntekijöitään mahdollisten oikeudenkäyntien osalta, kuten Amerikassa.

Eriarvoisuus lisää yhteiskunnallista jännitystä ja kaupunkeihin alkaa muodostua köyhiin ihmisten asuinalueita, joissa terveysongelmat lisääntyvät. Terveydenhuollon kentällä heikommassa olevat ihmisryhmät ja maahanmuuttajat tulevat erityisen haavoittuviksi ja helposti syrjäytyviksi. Näitä ovat sosiaalisesti syrjäytyneet, riippuvuusongelmaiset, asosiaaliset ryhmät ja asunnottomat. Ryhmään kuuluu myös ihmisiä, jotka ikänsä tai sairautensa puolesta joutuvat valtavirrasta sivuun kuten: pitkäaikaissairaat vanhukset, mielenterveysongelmaiset aikuiset ja vähävaraisten lapset sekä syrjäytyneet nuoret. Suomalaiseen yhteiskuntaan tulee muodostumaan säätiöihin ja kansalaisjärjestöjen hyväntekeväisyystoimintaan perustuvia järjestöjä, jotka ottavat hoitaakseen vanhusten, vammaisten ja syrjäytyneiden hoitoa. Vanhusten ja vammaisten asema heikkenee, mutta varakkaat ja hyväosaiset kykenevät ostamaan hyvinvointia. Kuntien heikon rahatilanteen vuoksi, palvelusesteleistä tullaan luopumaan kokonaan tai toimintaa supistetaan voimakkaasti. Uudet lääketieteelliset keksinnöt merkitsevät suurta kustannuspainetta eikä niitä tuoda julkisen terveydenhuollon piiriin. Niistä hyötyy vain hyväosainen väestö. Terveydenhuollon innovaatiosta ja kehitystyöstä pääsevät nauttimaan vain työssäkäyvä hyväosaisten ryhmä. Julkisen terveydenhuollossa kehitystyötä ei tule olemaan ja toiminta perustuu lähinnä minimin tuottamiseen.

Taulukko 1. Tulevaisuustaulu

Yhteiskunnallinen kehitys	Skenaario 1 <u>Satunnaisuuteen perustuva</u> <u>terveydenhuollon yhteiskunta</u> <u>malli</u> (Nyky-yhteiskunnan jatkumo)	Skenaario 2 <u>Kehittävää terveydenhuollon</u> <u>yhteiskunta</u> (Moderni hyvinvointivaltio)	Skenaario 3 <u>Terveydenhuollon jakautumisen</u> <u>yhteiskunta</u> (Hyvinvointivaltion rappio)
1. Omavastuu eli yksilön vastuu	Osa kantaa vastuuta terveydestä osa ei. Väärin elintapojen vahvistuminen jatkuu.	Päävastuu terveydestä yksilöllä itsellään, yhteisöllä, kouluilla ja työpaikoilla.	Itsekkyys korostunutta, omavastuu vääristynyttä.
2. Läheisen vastuu ja yhteisövastuu	Yhteisöt merkityksellisiä tai satunnaisesti tärkeitä. Lähimmäinen sivustakatoja, puolestapuhuja tai merkityksellön.	Yli 65-vuotiaille oma lähimmäinen. Yhteisöjä palkitaan terveyden edistämisestä. Oman yhteisön merkitys kasvaa entisestään.	Omien geenien suojele merkityksellistä. Omaneduntavoittelu yhteisössä.
3. Yhteiskunnan vastuu eli julkisen vallan vastuu	Yhteiskunta holhoaa ja hoitaa tai jättää selviytymään yksin. Ylihoitoa tai alihoidtoa vailla järjellistä logiikkaa.	Yhteiskunta valistaja, omaa hyvinvointia lisäävän toiminnan aktivoija. Tarjoaa räätälöityä yksilöstä lähtevää hoitoa ja huolenpitoa.	Yhteiskunta vetäytyy hoivavastuusta jättäen vain toiminnan minimin. Yhteiskunta tarjoaa köyhäinhoitoa.
4. Hoitamisen arvot, laatu ja eettisyys	Perinteiset hoitamisen arvot kunniaa mutta muutos liike amebamainen. Hoivaköyhyyden ensipiirteet. Eettisten arvojen muuttuminen, moralisoinnin kasvu.	Perinteiset hoitamisen arvot muuttuvat moderniksi, hoitaminen yhteistyötä yksilön ja omaisen kanssa. Inhimilliset tarpeet turvataan kaikille.	Hoivaköyhyys yleistä, hoitaja pula suurta, hoitamisen ja hoitajien arvot köyhiä. Hoidettavien tarpeet joustamattomia.
5. Käsitys terveydestä	Terveys ja sairaus omina ryhminä. Toimintakyky on terveyttä Terveys on fyysinen ja psyykinen terveys.	Terveys koetaan kykynä selviytyä jokapäiväisestä arjen elämästä ei fyysisenä terveytenä. Terveys on tunnetila.	Terveyttä voi ostaa rahalla Terveys liittyy ekonomiaan ja statukseen. Vain yhteiskunnallisesti tuottaviin yksilöihin kannattaa panostaa.
6. Päävastuu terveyden edistämisestä, terveyskäyttäytyminen	Valtiolla, kunnilla ja terveydenhuollon ammattilaisilla.	Yksilöllä itsellään yhteisön tukemana.	Vakuutusyhtiöllä. Terveydenhuollon yksityis sektorilla.
7. Terveydenhuollon ammatillisuus, prosessit ja normit	Hoidon saanti sattumanvaraisista hoidon laatu ja saanti riippuu siitä kuka, missä miten, milloin sairastuu. Hoivatarjonnan epätasainen jakautuminen. Prosessit vajaita ja laatu epätaisaista. Hoitamisen ammatillisuus riippuu siitä kenet ja millä koulutuksella olevan hoitajan potilas tapaa ensin.	Hoitamisen laatu järjestelmät jolla turvataan hoidon tasainen laatu. Hoivatarjonnan tasainen jakaantuminen kaikille. Prosessit selkeitä ja toiminta kustannusvaikuttavuus hallinnassa. Hoitamisen ammatillisuus ja ammattitaito tasaista, tietyllä koulutuksella tietyssä yksikössä osataan tasaisesti tietyt asiat.	Terveydenhuollon huippuyksiköt ja niistä huippu laatua. Hoivatarjonnan epäsuhtainen jakauma, hyvätuloiset saavat hyvää ja laadukasta hoitoa, huono-osaiset huonoa. Huippuammattilaiset lääkärit ja hoitajat myyvät omaa osaamistaan hyvällä palkalla yksityisille yrityksille. Hoito on bisnestä, yritys synnyttää hoitotarpeita ja niitä myydään rahalla.
8. Sosiaaliset tukipalvelut, vapaaehtoistyö, vanhusten ja vammaisten hoito	Kirjavat käytännöt, terveydenhuollon ammattilaiset kokevat vapaaehtoistyön uhkaksi toiminnalle ja ammatillisuudelle. Vanhusten ja vammaisten palvelujen saatavuus ja taso kirjavaa.	Vapaaehtoistyö ja järjestöt ovat yhteistyökumppaneita jotka tukevat toiminnallaan julkista ja yksityistä terveydenhuoltoa. Palvelut perustuvat yksilöllisiin sopimuksiin.	Hyväntekeväisyysjärjestöt ottavat toiminnasta vastuun. Vammaisten ja vanhusten asema heikkenee. Varakkaat vanhuset ja vammaisten omaiset voivat ostaa hyvinvointia.
9. Terveydenhuollon kehitys ja visiot	Vanhoja käytäntöjä kehitellään Uusia innovaatioita ja visioita vaikea tuoda käytäntöön. Suuri muutosvistarinta, uudistukset koetaan uhkaksi vanhalle ja totutulle toiminnalle.	Uudet innovaatiot ja visioita kokeillaan ja arvioidaan runsaasti. Eurooppalainen yhteistyö ja innovaatiovaihto. Hyvät käytännöt tulevat käyttöön ja hyödyttävät kaikkia.	Uudet innovaatiot tavoittavat vain hyvinvoivan väestön.

8. Pohdinta

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen arkaluontoisuuden vuoksi kiinnitin erityishuomiota työn toteutuksessa tarinoissa esiintyvien henkilöiden anonymiteettiin. Arkaluonteisiksi tutkimusaiheiksi on määritelty ne, jotka herättävät pelon tuntemuksia. Tutkimus voidaan katsoa arkaluonteiseksi jos se aiheuttaa todellista tai jopa huomattavaa uhkaa niille, jotka tutkimuksen kanssa ovat tekemisissä. Tapauksista on poistettu kaikki sellaiset ilmaisut, joilla tapauksessa käsittelyssä oleva kohde voidaan tunnistaa. Uhka voi olla myös sanktion ja leimautumisen riski sellaisissa tutkimuksissa, jotka käsittelevät poikkeavuuteen ja sosiaaliseen kontrolliin liittyviä aiheita, kuten yhteisön toimintaa tai käyttäytymistä siinä. Tutkittaville aiheutuvan uhan lisäksi tutkimus voi olla ongelmallinen myös tutkijalle itselleen ja muodostaa henkilökohtaisen ja ammatillisen riskin (Henriksson 1992; Leino-Kilpi - Välimäki 2003).

Arkaluonteisessa tutkimuksessa periaatteena on oltava, että henkilöllisyyden paljastuminen tehdään mahdollisimman vaikeaksi. Tapaus- ja henkilöhistorialliset tutkimukset ovatkin hankalia. On myös tutkimuksia, joiden tuloksia julkaistaessa ei yksityisiä henkilöitä mainita nimiltä, mutta tiedot ovat muuten niin yksityiskohtaisia, että ainakin tutkittavien lähipiiri saattaa tunnistaa joitakin tutkittavia. Tutkijan tulee ottaa huomioon tämä riski ja harkita menettelynsä mahdolliset seuraukset. (Yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen tietosuoja 1987; Palmroth – Nurmi 1996; Löppönen – Mäkelä – Paunio 1991; Vattimo 1999; Kuula 2006;) Tässä työssä tämä huomioitiin ja aineistosta poistettiin kaikki sellaiset tekijät, joista tunnistus olisi mahdollista. Yksikään esimerkkitapaus ei sellaiseen ole kehenkään liitettävissä, vaan tapaukset on muutettu, jotta jokainen edustaa omaa tyyppitapaustaan. Näin kussakin tapauksessa on piirteitä, jotka voivat olla kenen tahansa perheestä tai tuttavapiiristä. Vaikka aiheen valinta oli erittäin arkaluonteinen ja aineiston muokkaus aiheuttaa tutkimuksessa selkeän luotettavuus ongelman katsoin, että tapausten julkituominen ja niistä keskusteleminen on tärkeää ja yhteiskunnallisesti merkittävää.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Skenaariotyöskentelyn ongelmatilanteeksi muodostuu nykytilanteen diagnoosi ja puutteellinen kuvaus. Päätöksentekijöiden osallistuminen työskentelyyn jää liian vähäiseksi. Skenaariot eivät kytkeydy tärkeisiin päätöksentekoihin, eivätkä ne tavoita välttämättä sopivaa tarkastelutasoa. Ne ovat joko liian yleisiä tai liian yksityiskohtaisia. Skenaariot ymmärretään yleisesti ennusteina ja niistä valitaan toivottu skenaario ja asetetaan se muita tärkeämmäksi. Tämä tulee hyvin esille arvioinneissa, joita asiantuntijat ovat työstäni antaneet.

Weberin (1990) mukaan sisällönanalyysin toteuttamiseen ei ole vain yhtä oikeaa tapaa. Tutkimusta arvioitaessa on hyväksyttävä, että kaikki tutkimus on tutkijan tekemää rakennelmaa tietyistä lähtökohdista ja tietyillä rakennusaineilla. Joku toinen voisi tehdä samasta aineistosta hieman toisenlaisen tuotoksen. Siten tutkimus on aina yhdenlainen versio tutkittavasta aiheesta. Tätä työtä voi kritisoida, koska aineistoa on jouduttu muokkaamaan sen arkaluontoisuuden vuoksi. Aineistosta nousee kuitenkin selkeästi esille yhteiskunnalliset ilmiöt, toiminnan suunta ja suuri määrä hiljaisia signaaleja. Olen pyrkinyt kertomaan mahdollisimman objektiivisesti ja totuudenmukaisesti niin tapauksen sisällön kuin toiminnan. Tutkimuksessa esitetyt tapaukset kuvaavat hyvin yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa olevia ilmiöitä ja toimintasuuntauksia. Uskon, että hyvin usea suomalainen on törmännyt vastaaviin tapauksiin joko omakohtaisesti, ystävän tai tuttavien välityksellä. Terveystieteiden suuntiin löydetty teoriat tukevat aineiston ja työn luotettavuutta.

Esseillä ja päiväkirja-aineistoilla ongelmia voivat tuottaa liian lyhyet tai vain luettelma- viivoin kirjoitetut kuvaukset (Richardson 1994; Nieminen 1997). Nämä ongelmat ilmenevät myös omassa aineistossani ja aineistosta löytyi tulkinnanvaraisia kohtia. Nämä osat ryhmiteltiin omaksi kokonaisuudeksi ja ne otettiin mukaan vasta ilmiön tarkastelun aikana. Tuloksista voidaan toki tehdä joitakin johtopäätöksiä, mutta tulokset ovat aina kontekstuaalisia eli mm. aikaan, paikkaan ja tutkijaan sidoksissa olevia asioita.

8.3 Pohdintaa skenaarioista

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella suomalaisen terveydenhuollon tulevaisuutta sekä erilaisia terveydenhuollossa olevia signaaleja. Aineistosta löytyi paljon signaaleja, joiden perusteella oli helppo laatia kolme terveydenhuollon suuntaa kuvaavaa skenaariota. Suomalaisessa terveydenhuollossa on ollut jo vuosia ristiriita kirjoitetun hoitokäytännön ja käytännön välillä. Suomalaisen yhteiskunnan kansalaiset ovat joutuneet sopeutumaan viime vuosina mitä rajuimpiin säästöihin ja toimintojen supistamiseen. Useiden vuosien ajan on vaadittu omavastuun ja läheisen vastuun lisäämisestä sekä yhteiskunnan vastuun vähentämisestä. Sinällään hyvä ajatus on kääntynyt itseään vastaan toimintojen vinoutumisen vuoksi. Muutosvauhti on ollut liian kova. Hyväosalla on ollut mahdollisuus hyvinvoinnin ylläpitämiseen, hakeutumalla yksityissektorille toisaalta, joilla on heikompi tulotaso, ovat joutuneet vain sopeutumaan.

Satunnaisuuden skenaario on tyypillinen, muuttumattomana jatkuvan kasvun skenaario eli business as usual- skenaario. Skenaariossa olen esittänyt, että niin terveystalveluiden saatavuudessa kuin hoitajien ammatillisessa osaamisessakin on valtava kirjo. Potilas joutuu yhä useimmin tilanteeseen, jossa on täysin sattumanvaraista miten hyvin tai huonosti hoito alkaa. Triage-mallien tuleminen sairaaloiden päivystyksiin ja niiden luomat kirjavat käytännöt, ovat saaneet aikaan vakavan laatuongelman. Kun eri yksiköt tekevät potilasluokittelua erilaisilla ohjeistuksilla ja koulutuksella, syntyy tilanteita, joissa havistuvat sattumanvaraisuuden piirteet. Tämä voi vaikuttaa suoraan hoidon kustannuksiin ja inhimillisen kärsimyksen määrään. Sattumanvaraisuudessa on oleellista se, millä koulutuksella ja elämäkokemuksella oleva hoitaja tapaa potilaan ensin. Potilasluokittelun (triage) nimissä saatetaan tehdä rankkaakin priorisointia. Jos olet nuori, fyysisesti hyväkuntoinen, työelämässä tai sairautesi ei ole trendikäs onko niin, että yhteiskunta odottaa sinun myös olevan terve vai onko yhteiskunta- järjestelmään muodostunut ns. marginaalitapausten luokka, jossa tilastollisesti voi olla kuka tahansa meistä? Eettisenä valintakriteerinä tulisi kuitenkin olla hoidon vaikuttavuus, oikeudenmukaisuuden ja tasapuolisuuden toteutuminen sekä ihmisarvon ja potilaiden oikeuksien kunnioitus.

Tänä päivänä on todellakin merkitystä, sairastutko Itä-Suomen perukoilla tai Helsingin keskustassa. Hoidon saatavuus ja hoitojen laajuus riippuu niin asuinpaikasta kuin vuorokauden ajastakin, jolloin sairastuu. Priorisoinnista on tullut arkipäivää ja se on hyväksytty osaksi normaalia käytäntöä (Ryynänen ym. 1999). Uusista priorisoinnin muodois-

ta on hyvänä esimerkkinä Vantaan päivystyksen ulkoistamissopimus. Ulkoistamisen tarkoituksena on, että Vantaa säästää terveyskeskuspäivystyksen menoissa 900 000 euroa vuosittain kuluvan vuoden talouden toteutumaennusteeseen verrattuna. Sopimus merkitsee viidenneksen säästöä Vantaan kaupungin päivystyskuluissa. Sopimuksessa on pykälä, jonka mukaan palvelujen järjestäjälle koituu sanktioita, mikäli erikoissairaanhoidon läheteiden määrä ylittää 10 % (www.vantaa.fi). Tämä voi aiheuttaa tilanteen, jossa kansalaisille saattaa muodostua pelkoja hoidon saatavuudesta.

Vantaan kaupungin päivystyksen järjestelyyn liittyvä sanktio saattaa olla myös eettisesti arveluttava, mikäli hoidon rajaaminen joudutaan perustamamaan potilasmääriin. Näin voi syntyä tilanne, jossa loppuvuodesta määrä on täysi ja lähete hoitoon rajataan vain kustannussyistä, ei niinkään hoidollisella perusteella. Tämä voi olla yksi suunta jakautuvaan yhteiskunnan tilaan, jossa tuottava yksilö saa läheteen hoitoon ja tuottamaton jää lähetettäväille. Uskon, että ilman arvokeskustelua sekä sovittuja ja selvästi ymmärrettäviä pelisääntöjä, valinnat perustuvat helposti sattumaan, yksilön asemaan, palveluita haluavan kykyyn ajaa omaa asiaansa tai muihin kriittistä tarkastelua kestäättömiin perusteisiin.

Tarkasteltaessa jakautuvan terveydenhuollon skenaariossa, ollaan lähellä amerikkalaisen yhteiskunnan toimintamallia, jossa priorisointi on vahvasti osa terveydenhuoltoa. Yhdysvalloissa terveysvakuutus ostetaan itse tai sen saa kylkiäisenä työpaikan mukana. Suomen mallin mukaista julkisen terveydenhuollon tuomaa perusturvaa siellä ei ole. Amerikassa kansalaista kohden kuluu terveydenhuoltoon eniten rahaa koko maapallolla. 20 miljoonaa työssäkäyvää amerikkalaista on sairausvakuutusjärjestelmän ulkopuolella. 50 miljoonalla amerikkalaisella ei ole sairausvakuutusta lainkaan. Pahin tilanne on Texasissa, jossa 30 %:lla alle 65 -vuotiaista ei ole sairauden varalle minkäänlaista vakuutusta. Vakuuttamattomista 41 % ei käyttänyt taloudellisista syistä johtuen lainkaan lääkäri – tai sairaalapalveluita, vaikka tähän olisi ollut tarvetta (Bodenheimer 1997; Traggas – Vienonen 1998).

Jakautuvan yhteiskunnan skenaario lähettää signaalin itsekkyiden lisääntymisestä yhteiskunnassa. Mielenterveysongelmista kärsivät niin sanotut tuottamattomat ja hiljaiset yksilöt. He jäävät usein kotiinsa saamatta apua silloin, kun he tarvitsevat sitä. Nämä yksilöt ovat vaarassa jäädä palveluiden ja tehokkuusyhteiskunnan ulkopuolelle. (KTL

2006). Lindqvist (2001) mukaan toivottomiksi leimatut ihmiset eivät välttämättä kiinnosta kunnallista palvelujärjestelmää. Oireiden ”vakiintumiseen” tai niiden vähäisyyteen vedoten, heidät siirretään herkästi peruspalveluiden piiriin, vaikka tosiasiassa he tarvitsisivat ja itsekin toivoisivat monipuolisempaa tukea, usein myös erikoissairaanhoidon palveluita.

Kehittyvän terveydenhuollon skenaariossa hyvinvointiyhteiskunnan toimintaa kehitetään modernin yhteiskunnan vaatimusten mukaan. Inhimillisten tarpeiden turvaaminen mahdollistetaan uusilla palveluratkaisuilla sekä kansalaisten asenne- muutoksella. Kansalaisille tarjotaan räätälöityä, yksilön tarpeista lähtevää hoitoa ja huolenpitoa. Perinteiset hoitamisen arvot muuttuvat moderniksi - hoitaminen on enemmän yhteistyötä potilaan ja omaisen kanssa. Terveys koetaan kykynä selviytyä jokapäiväisestä arjen elämästä, ei niinkään fyysisenä terveytenä. Terveystenhuoltoon luodaan hoitamisen laatuja järjestelmät, joilla turvataan hoidon tasainen laatu. Hoivatarjonta jakaantuu tasaisesti kaikille. Prosessit ja toiminta ovat selkeitä sekä kustannusvaikuttavuus hallinnassa.

8.4 Pohdintaa yhteiskunnan muutoksesta

”Nyky-yhteiskunnassa yksilön perinteiset roolit ovat nyrjähtäneet pois paikaltaan. Elämämme yksityishenkilöinä on muuttunut, koska yksilölle merkitykselliset yhteisöt tuntuvat kadonneen kokonaan” (Mokka & Neuvonen 2006). Ei riitä, että on ollut yhteiskunnassa ja työelämässä hyödyllinen. Se ei rakenna yhteisöä elämän viimeiselle neljännekselle tai sairastumisen varalle. Kukaan ei välttämättä auta, jos omat voimat loppuvat ja joudut turvautumaan yhteiskunnan apuun. Tämä kehitys tuli hyvin esille aineiston monessa eri kohdassa.

Viime vuosien aikana keskustelu yksilön ja yhteisön oikeuksista on virinnyt uudelleen. Yksilöillä voi olla ihmisoikeuksia sekä yksilöinä että yhteisön jäseninä. Ristiriita ihmisoikeuksien kanssa ilmenee silloin, jos yhteisön paras (yhteiskunnan tai kunnan) näyttää olevan eri asia kuin yksilön oikeus tai vapaus valintoihin (Puro 1999; Alston – Steiner 2000; Pakkari 2000; Anttila 2002; Haahepa 2002).

Yksilön kannalta vapaus tarkoittaa vapautta tehdä itsenäisesti päätöksiä omista asioistaan. Mitä enemmän muut tekevät päätöksiä toisen puolesta, sitä vähemmän vapautta

tällä on (Tiihonen - Tiihonen 1990). Kansakunnan kahtiajako, tai ainakin eriarvoistuminen on paitsi eettinen ongelma, myös itse asiassa ristiriidassa perustuslakimme kanssa, joka rakentuu vahvasti kansalaisten yhdenvertaisuutta korostaville periaatteille. On sanottu, että nimenomaan postmodernin ajan tyypillinen kysymys nousee yksilön tarpeista: Mikä on minulle hyvää. Usein se hyvä on sitä, missä yksilö kokee onnistumista, missä hän tavoittelee mielihyvää ja - kuten hyvin tiedämme - erittäin usein taloudellista hyötyä. Päämääriä ja tavoitteita kyllä nykyihmiselläkin on, ja niitä halutaan saavuttaa nopeasti. Tärkeää on, että tavoite saavutetaan, ei niinkään se, millä keinoin. Vakavampi arvokeskustelu syntyy kuitenkin silloin, kun emme kysele, mikä on hyvää ja pahaa vaan mikä on oikein, mikä väärin ja mikä on yksilön oikeus.

Yhteiskuntaamme kohdistuvat lähivuosien suurimmat muutokset ovat jo nyt hyvässä vauhdissa. Kotoperäisiä ovat etenkin väestön ikääntyminen ja aluekehityksen epätasapainoisuus. Suurimmat ikäluokat ovat lähestymässä eläkeikää. Hyvinvointivaltiossa yksilön vapaus on vähentynyt, koska valtio on ottanut päättäjän roolin ihmisen kustannuksella, antaessaan heille oikeuksia ja tarjotessaan esimerkiksi julkisia terveyspalveluita rajattomasti (Andersson ym. 1993).

8.5 Pohdintaa hoivasta

Terveydenhuollossa ei ole enää vuosia ollut potilaita. He ovat ”asiakkaita”, kuten minkä tahansa muun laitoksen maksavat asiakkaat. Terveys muodostunut tuotteeksi, joita myydään asiakkaalle. Sairaanhoidajan työ on muuttunut ihmiskehon insinöörin työksi. Lääkärit määrittävät, missä on vika ja hoitajat jakavat lääkkeitä, tuovat ruokaa, pesevät, sijaavat sänkyjä. Hoiva ja huolehtiminen eivät kuulu työhön. Sairaanhoidajat tekevät pitkälti rutiinitehtäviä.

Sairaanhoidajan työ oli agraariyhteiskunnan aikana hyvin arvostettu ammatti. Se oli vahvasti kutsumustyötä ja sen perusta oli kristillisessä maailmankuvassa. Kun suomalainen yhteiskunta alkoi vähitellen 1950-luvun jälkeen vaurastua, yhteiskunnallisen keskustelun keskiöön tuli sairaanhoidajan työn hyvinvointitehtävän korostaminen. Vähitellen 1980-luvulla sairaanhoidajan työtä pyrittiin muuttamaan ositetusta hoidosta kohti kokonaisvaltaista hoitoa. Sairaanhoidajan työn perustana olivat omat potilaat ja omahoitajajärjestelmä, jossa hoitaja vastasi työvuoronsa aikana tietyistä määrystä potilaita. Hoi-

totyön periaatteeksi tuli tarkastella potilaan kokonaishoitoa, sairaan kärsimyksen lievittämisestä, potilaan ja ympäristön tarkasta havainnoinnista ja siitä lääkärille tiedottamisesta sekä lääkärin määräämien toimenpiteiden suorittamisesta. Nyky-yhteiskunnassa hoitamisen arvot ovat muuttuneet ja hoitaminen on enemmän työ kuin kutsumus tai velvollisuus. Yhteiskunnalliset muutokset ovat saaneet aikaan sen, että perinteiset hoitamisen arvot ovat muuttuneet ja hoitamisen arvoja on alettu mitata rahassa, tämä on aikaan saanut hoiva köyhyiden ensiپییرteet. Huoli terveydenhuollon henkilöstön saatavuudesta koskettaa jo nyt useita EU-maita. Kilpailu ammattitaitoisesta työvoimasta kiristyy ja alan henkilöstöä rekrytoidaan entistä aktiivisemmin myös oman maan ulkopuolelta. (Julkunen 1999/ a; Julkunen 1999/ b).

Potilas on terveystakeskukseen, lääkärille, sairaalaan tai muuhun hoitopaikkaan tullessaan pois omasta elämänpییرistään. Hän on huolestunut, ahdistunut, peloissaan, hämmentynyt, häpeissään. Yksi sairaanhoitajan tehtävistä pitäisi olla sairaan potilaan kohtaaminen: kuunteleminen, huolien läpikäynti, lohduttaminen, uskon valaminen paranemiseen. Potilaan kannalta olisi tärkeää, että hänellä olisi omahoitaja, joka kuuntelee hänen murheensa, ottaa jakeakseen niitä, osaa keskeyttää liian murehtimisen ja on potilaan käytettävissä. Potilaan kanssa omahoitaja myös suunnittelee jatkohoitoa, itsehoitoa, kertoo, milloin pitää huolestua paranemisen muutoksista, mihin ottaa yhteyttä, miten kotona selviytyminen järjestetään, mitä apuvälineitä kannattaa hankkia, miten saa taloudellista tukea. Tällaisten hoito-, kotiutumis-, itsehoito- ja kuntoutussuunnitelmien laatiminen vähentää potilaan huolta sekä tarvetta tarpeettomiksi osoittautuviin hoitokäynteihin. Turvallisuuden tunteen vahvistaminen ja ylläpitäminen on hoivaa, jota ”sisar hento valkoinen” useimpien mielikuvissa edusti. Nykyisin osa sairaanhoitajista varmastikin omistautuu työlleen ja reagoi potilaan tarpeisiin, mutta ennustan, että hoitotyön henki on muuttunut entistä teknisemmäksi. Pahin tulevaisuudenkuva on sellainen, jossa hoitajat tekevät kellon mukaan pakolliset hoitotoimet ja ovat muun ajan atk-päätteillä, keskinäisissä palavereissa tai muuten poissa potilastyöstä. He toimivat kuin ihmiskehon insinöörit, jotka hoitavat ”vikoja”, mutta eivät sairasta ihmistä.

8.6 Pohdintaa vanhuuspolitiikasta

Meillä on kohta suuri pirteiden ja aktiivisten eläkeläisten joukko, joka väistämättä vaikuttaa erilaisten palveluiden, myös kulttuuripalveluiden uudelleen arviointiin. Asian toinen ja vakavampi puoli on niin sanottu heikentyvä huoltosuhde. Aktiivisistakin eläkeläisistä tulee aikanaan myös suurempi hoiva- ja terveydenhuoltopalveluiden asiakasryhmä joka osaa vaatia. Samaan aikaan kansantuotetta kasvattaa tai ylläpitää entistä pienempi työssäkävijöiden joukko.

Aineistostani tuli hyvin esille, että nykyään vanhukset ovat joutuneet kohtuuttomiin tilanteisiin vain siksi, että ovat vanhuksia. Vanhuksille ei ole tarpeeksi yhteiskunnan tarjoamia hoitopaikkoja, joissa voidaan turvata asianmukainen hoito, kuten suonien sisäinen antibiootti ja nesteytys mutta samanaikaisesti rauhallinen ja turvallinen ympäristö. Yhteiskunnassa asenteet ovat muuttuneet ja toiminnan ongelmia pyritään selittämään liikaa. Erityisen pelottavaa nykyisessä toimintatavassa ja laitosasuttamisessa on, että vanhus menettää ihmisarvonsa, jolloin hänen puheitaan, mielipiteitään, toiveitaan tai tarpeitaan ei oteta enää vakavasti. Vanhuudesta ja vanhuksista vaikuttaa tulleen hyvinvointivaltion ongelma.

Uusi ja yllättävä ilmiö, johon omassa aineistossani törmäsin, on huono-osaisten varakkaiden ja vanhusten ryhmä. Tälle ryhmälle ei varallisuuden vuoksi anneta samoja ihmisoikeuksia ja mahdollisuuksia kuin varattomille vanhuksille. Varakkaat joutuvat selviytymään usein liian vähällä ulkoisella avulla ja pärjäämään yksin, tai antamaan koko omaisuutensa vastineeksi hoidosta. Tiihosen (2006) mukaan demokratia on moraalinen käsite ja se perustuu ihmisen uskoon kyvystä saavuttaa inhimillinen vapaus, johon liittyy toisten kunnioitus ja huolenpito muista ihmisistä. Voikin hyvin kysyä toteutuuko nyky-yhteiskunnassa enää demokratia, kun joitakin vanhuksia rankaistaan varakkuuden vuoksi.

Nyky-yhteiskunnassa lähimmäisen vastuun voimakas korostaminen on luonut tilanteita, joissa omainen on kokenut joutuneensa seinää vasten. Aineistostani löytyi useita tapauksia, joissa vastuu on kärjistynyt jopa kaltoinkohteluun. Tänäkin vuonna monet vanhukset omaisten lomien, matkojen, juhlapyhien ja suurten perhejuhlien vuoksi viettävät aikaansa sairaaloiden päivystyksissä ja terveyskeskusten kroonikko-osastoilla vastoin

tahtoaan ja täysin turhaan. (Kivelä 2001.) Usein vanhukset koetaan vain painolastina. Vanhus voi joutua sairaalaan myös siksi, että yhteyttä heihin pidetään varsin harvoin. Saattaa olla, ettei vanhusta ole ehkä tavattu kokonaiseen vuoteen. Kun hänet sitten tava-
taan, huomataan vanhuksen yleistilan laskeneen edellistä tapaamista. Tästä seuraa usein, että huolestuneet omaiset lähettävät vanhuksen sairaalaan luullen, ettei vanhus enää pärjää kotona tai hoivakodissa koska tilassa on tapahtunut ratkaiseva huonontuminen. Usein vanhus on ollut kuitenkin jo pitkään huonossa kunnossa ja pärjaillyt kotona koti-
avun turvin hyvin. Esittämäni tapausta analysoidessani, en voinut välttyä ajatukselta, onko yhteiskunnassa tapahtunut moraalisten ja eettisten arvojen muutos, joka näkyy terveydenhuollossa huolestuneen omaisen ylireagoimisena tai silkkana välinpitämättö-
myytenä.

Jokaisella ihmisellä on luovuttamaton ihmisarvo, vaikka hän olisi vanhuuden ja heik-
kouden vuoksi vuodehoidon tarpeessa. Yhteiskunnan sivistyksen mittareina on aina pidetty sitä, miten heikoimpia ja haavoittuvimpia ihmisiä kohdellaan. Vanhusten ihmis-
arvon toteutumiseksi tunnutaan tarvittavan yhtenäinen vanhustenhoitolaki, jossa määri-
tellään vanhusten oikeudet (Lindqvist ym. 2001). Hyvä seniori- ja vanhuspolitiikka merkitsee yksilöllisten tarpeiden ja elämän laadun tunnustamista, mahdollisuutta itse-
näiseen elämänhallintaan ja osallistumista tasa-arvoisesti yhteiskunnan eri sektoreilla. Ihmisarvo on jokaisen ihmisen keskeisin oikeus. Iäkkäiden ihmisten terveysongelmat
nähdään helposti pysyviksi, kun taas nuorten ihmisten ongelmat nähdään ohimeneviksi. Uskotaan, ettei ikääntyneitä kannata hoitaa, sillä heidän kohtalonsa on rappeutuminen ja
kuolema. Joskus hyvän hoidon takuuna on vain vaativa omainen, joka jaksaa taistella omaisensa puolesta.

Vanhusten lähimmäisillä on kerrottavanaan lukuisia tarinoita hoidosta, jossa on ollut runsaasti toivomisen varaa. Vanhustenhuollon henkilöstön alimiehitys ja epätarkoituk-
senmukainen laitostava hoitoympäristö heikentävät palvelujen tasoa ja koettelevat hen-
kilökunnan jaksamista. Ilmassa on selkeästi hoivaköyhyyden ensipiirteet eli hoitajista on pulaa, hoitamisen laatu ja vastuu omasta toiminnasta on heikkoa. Perinteiset hoitami-
sen arvot eivät enää ole kunniassa. Eettisyys ja inhimillisuus ovat muuttuneet ja olemme valmiimpia hyväksymään jopa epäinhimillisen toiminnan normaalina ”minkäs tälle voi”
-periaatteena. Terveystenhuollon ongelmana on, ettei näistä ongelmista uskalleta julki-
sesti puhua. Omaiset pelkäävät, että kritiikki vaikuttaa läheisen hoitoon, toisaalta hoita-

jat pelkäävät tuoda epäkohtia esille, peläten asemansa muuttuvan työyhteisössä. Tämän vuoksi tilanne pysyy entisellään tai huononee entisestään.

8.7 Lopuksi

Koska tulevaisuutta ei voi ennustaa, voi vain tuoda esille nykyajan ilmiöitä. Yksilön toiminta ja yhteiskunnan päätökset vaikuttavat aina siihen, millaista tulevaisuutta olemme luomassa. Olen työssäni pyrkinyt tuomaan esille muutamia tapauksia ja toimintatapoja. Ne ovat vaikuttamassa siihen, onnistuuko julkisen vallan toiminta vai käykö niin, että lieveilmiöt syövät hyvistä tavoitteesta elinmahdollisuuden. Tulevaisuuden luominen on hetkeen tarttumista. Ellemme itse tartu siihen, toiset tarttuvat. Kansalaisten tiedoilla, arvoilla ja valinnoilla on suuri merkitys sille, miten hallitusti ja inhimillisesti muutosta ohjataan. Muutos koskee monia elämänalueita – ennen kaikkea terveydenhuoltoa. Huoltosuhteen muuttuessa, joudutaan arvioimaan toiminnan resurssien riittävyyttä. Niillä valinnoilla, joita teemme, on puolestaan syvälliset seuraukset yhteiskuntapolitiikkaan, sosiaaliin instituutioihin sekä myös kulttuuriin ja arvoihin. Loppujen lopuksi yhteinen visio ja tahtotila määrittävät sen, millaisen tulevaisuuden luomme. Heikkeneekö vai vahvistuuko jokin suuntaus yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa. Onko tulevaisuus sellainen, kuin haluamme sen olevan vai käykö niin, että yhteinen visio romuttuu. Kysymys on siitä, vahvistammeko epätoivottuja ilmiöitä vai käänntämmekö suuntaa yhteiseen visioon. Vaikka katsomme menneeseen ja pyrimme loppuun asti pitämään kiinni siitä, meidän tulisi sijoittaa itsemme kahdenkymmenen vuoden päähän ja yrittää nähdä, mitä meidän nyt täytyy tehdä päästäksemme sinne.

8.8 Päätelmiä

Terveydenhuollon toimintaa kuvaavia ja mittaavia mittareita tulisi edelleen kehittää laatuongelmien poistamiseksi. Terveydenhuolto tarvitsisi osaamisen minimikriteerit, jotta sattuman varaisuudesta päästään eroon ja hoitamisen laatu olisi tasaista ja toiminta hallitumpaa eri toimintayksiköissä. Triage- luokitteluun ja henkilökunnalle tulisi luoda

yhtenäiset standardit, joilla hoidon laatu voitaisiin paremmin turvata. Triege-luokittelu tulee olla yhteensopiva poikkeusolojen järjestelmään.

Vanhusten oikeudet tulee turvata lakiteitse. Vapaaehtoisjärjestöjen tuominen mukaan julkiseen terveydenhuoltoon olisi tärkeää. Se lisäisi osaltaan hoidon laatua ja vähentäisi ammattihenkilöstön resurssien tarvetta. Omaiset tulisi ottaa aktiivisemmin mukaan potilaan hoitotapahtumaan ja hoidon suunnitteluun. Näin saataisiin paremmin yksilön omaehto esille ja vältettäisiin mahdollisesti hankalat konfliktit omaisten ja terveydenhuollon henkilöstön välillä.

Sairaanhoitopiirien yhteistyötä tulisi lisätä ja perustaa eri ammattiryhmien yhteisiä innovaatiofoorumia, joissa hyviä käytäntöjä ja niiden tuloksia voitaisiin aktiivisesti vaihtaa ja hyödyntää. Hoitajien ja lääkäreiden vaihtoa eri sairaanhoitopiirien välillä tulisi lisätä. Suuria yksiköitä tulisi pienentää ja päätöksenteko tuoda lähemmäksi työntekijöitä.

Aikuisten terveysneuvolatoimintaa tulee edistää ja terveystietoutta lisätä sekä parantaa päivystyssairaanhoitajan työtä. Terveyspalveluita tulee kehittää raja- ja haja-asutusalueilla. Terveysrekkatoiminnan laajentaminen ja kehittäminen toisi terveyspalvelut sinnekin, missä niiden saatavuus on heikkoa. Terveystenhoitajien toimenkuvien muokkaamista tulisi jatkaa tulevaisuudessa.

Hoitohenkilöstön kouluttaminen poikkeus- ja kriisioloihin sekä toiminnan tuominen käytännön osaamisen tasolle nostaisi henkilöstön valmiutta ennalta-arvaamattomiin tilanteisiin osaksi arkipäiväistä toimintaa. Koulutusresursseja tulisi suunnitelmallisesti kohdentaa työnantajan ohjauksessa. Koulutushoitajan toimen luominen työyksikköön toisi jatkuvuutta työpisteisiin. Koulutus- ja seuraajasuunnitelmien käyttöönotto toisi turvallisuutta ja vahvistaisi henkilöstön sitouttamista. Suunnitelmien teosta tulee työnantajan vastata. Tavoitteena on kohdentaa koulutusta tarpeen mukaan. Tämän avulla hoitohenkilöstöä voidaan sitouttaa työtehtäviin ja tehostaa henkilöstön toimintaa ja koulutustarpeita. Työyksiköissä tulee nimetä avainhenkilöt ja heidän seuraajansa kouluttaa tulevaisuuden varalle.

Lähteet:

- Adams D - Miller B.K. 1996. Professionalism Behaviours of hospital nurse executives and middle managers in 10 Western States. *Western Journal of Nursing Research* 18, 77-88.
- Adler, M - Ziglio, E. (toim.) 1996: Gazing into the Oracle. The Delphi Method and its Application to Social Policy and Public Health. Jessica Kingsley Publishers. London and Bristol, Pennsylvania. and Economic Goals. Washington, DC: Island Press, 276-279.
- Alasuutari P. 1999: Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Vastapaino, Tampere 1999.
- Alkula T - Pöntinen S - Ylöstalo P 1999: Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY, Juva.
- Alston, Philip - Steiner, Henry J. 2000: International Human Rights in Context. Law, Politics, Morals. Oxford University Press, Oxford, 2000.
- Andersson, Jan Otto - Hautamäki, Antti - Jallinoja, Riitta - Niiniluoto, Ilkka - Uusitalo, Hannu. 1994: Hyvinvointivaltio ristiaallokossa, arvot ja tosiasiat. PS-Kustannus. 1994. ISBN 951-0-19207
- Anttila, Jane. 2002: Ihmisoikeusnäkökulmia globalisaatioon ja kehitykseen. Kehitysyhteistyön palvelukeskus, Helsinki 2002.
- Anttila, P. 2000: Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Saatavilla <http://www.metodix.com> .
- Anttonen, Anneli - Sipilä, Jorma 2000: Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino
- Aromaa A - Koskinen S (toim.) 2002: Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002.
Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999)
B 4/1999.
- Backman K - Paasivaara L - Voutilainen P - Isola A 2002: Hyvän hoitotyön erityispiirteet ikääntyneiden hoidossa – gerontologisen hoitotyön haaste. Teoksessa: Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U & Finne-Soveri H (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – opas laatuun. STM ja Stakes, oppaita 49, Helsinki, 70-76.
- Bandman E.L. - Bandman B. 2002. Models of Professionals Relationships. Teoksessa: Bandman E.L., Bandman B. (toim.) Nursing Ethics through the Life Span. New Jersey: Prentice Hall. 19-39.
- Bodenheimer, T. 1997: The Oregon Health Plan - Lessons for the Nation 1/2. *New England Journal of Medicine*, 337: 651-655.

- Brink PJ - Wood MJ (eds.) 1989: *Advanced Design in Nursing Research*. Sage Publications, California.
- Burnard P 1991: A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today* 11(6): 461 - 466.
- Burnard P 1996: Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today* 16(2): 278 - 281.
- Cappelen, Alexander W - Norheim, Ole Frithjof. 2006: Responsibility, fairness and rationing in health care. *Elsevier. Health Policy* 76 (2006) 312-319. www.sciencedirect.com 1.2.2007
- Carroll, Archie B - Buchholtz, Ann K. 2000: *Business & Society: Ethics and Stakeholder Management*. South-Western College Publishing, the United States of America. 33 – 36, 100
- Carroll, Archie B. 1995: Stakeholder thinking in three models of management morality: A perspective with strategic implications. Teoksessa Näsi, Juha (edited) 1995. *Understanding stakeholder thinking*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 48-50
- Church, J - Saunders, D - Wanke, M - Pong, R. - Spooner, C - Dorgan, M. 2002: *Citizen Participation*
- Coleman, Johan, R.1999: Integrated Case management: the 21st Century Challenge for HMO case Managers: part 1. 1999; 28-34
- Commons L. - Baldwin S. 1997. Ethical policy guidelines development for general hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies* 34(1), 1-8.
- Cozby, Paul, C 2004: *Methods in Behavioral Research*. California State Fullerton & Northcentral University.
- Denzin NK - Lincoln YS,(toim.) 2000: *Handbook of Qualitative Research*, 2nd edition. Sage, London 2000.
- Dey I 1993: *Qualitative Data Analysis. A User-Friendly Guide for Social Scientists*. Routledge, London.
- Dunn D.G. 1994. Bioethics and Nursing. *Nursing Connections* 7(3), 43-51.
- Eduskunta 2006: Täysistunnon pöytäkirja PTK 41/2006 vp
- Edwards, N - Hensher,M. 1998: Managing demand for secondary care services: the changing context(managing demand for health care part 5) *Br med J* 1998; 37: 135 – 9
- Ensio, A. 1999. Strateginen selvitys terveydenhuollon tietojärjestelmien standardisoinnista ja ehdotus Suomen panostuksesta standardointiin tulevaisuudessa. *Aiheitamonitorisarja* 39/1999. Stakes. Helsinki. Stakesin monistamo.
- Ensio, A. 2001. *Hoitotyön toiminnan mallintaminen*. Kuopion yliopiston julkaisuja E.
- Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989)

- Erikson, R. ja Uusitalo, H. 1987: The Scandinavian Approach to Welfare Research. Teoksessa: Erikson, R., Hansen, E.-J., Ringen, S. ja Uusitalo, H. (toim.). The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research. M: E. Sharpe Inc. New York.
- Eräsaari R. et.al (toim.) 1999: Arviointi ja asiantuntijuus. Gaudeamus, 1999.
- Eräsaari, R.- Rahkonen, K. 1995: Hyvinvointivaltion Tragedia. Gaudeamus. Tampere 1995.
- Eskola Jari. - Suoranta J. 1998: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Osuuskunta Vastapaino, Tampere 1998
- Eskola, Jari. 2001: Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Juhani Aaltolan - Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Esping-Andersen, G. 1999: Social Foundations of Postindustrial Economies, Oxford: Oxford University Press.
- Etene 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. www.etene.org/documentit/EtneFIN.pdf (16.6.2007)
- Euroopan ihmisoikeussopimus. Asetus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi tehdyn yleissopimuksen ja siihen liittyvien lisäpöytäkirjojen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen ja lisäpöytäkirjojen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta (439/1990, SopS19)
- European yhteisöjen komissio (EU). Global Reporting Initiative (GRI). 2002: Sustainability Reporting Guidelines 2002 – [http://www.globalreporting.org/GRIGuidelines/2002/gri_2002_guidelines.pdf]. 18.2.2007
- EVA, Elinkeinoelämän valtuuskunta 1995: Uudistua vai kuihtua. Raportti hyvinvoinnista ja julkisesta taloudesta. Helsinki: Elinkeinoelämän valtuuskunta.
- Fahey, Liam 1998: "Learning from the future - competitive foresight scenarios"
- Haapea, Arto: Ihmisoikeudet 2000-luvulla. Sopimuksia ja asiakirjoja. Ihmisoikeusliitto ry ja Edita, Helsinki 2002.
- Haavi - Morreim E. 2002: Sticks and carrots and baseball bats: Economic and other incentives to modify health behaviour. In: Callahan D, editor. Promoting healthy behaviour. How much freedom? Whose responsibility? Washington: Georgetown University Press:56-75
- Hallintolaki 434/2003
- Harisalo, Risto - Miettinen, Ensio. 2004: Hyvinvointivaltio, Houkutteleva lupaus vai karvas pettymys. Vammalan Kirjapain Oy 2004. s: 11–66
- Harris J. 1995: Could we hold people responsible for their own adverse health? J Contemp Health Law Policy .12(1):147-53.
- Heijden van deer - Kees et al. 2002: "The sixth sense - accelerating organisational learning with scenarios"

- Heikkilä, Matti - Kautto, Mikko - Taperi, Juha 2005: Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005
- Heinz, Lubasz. 1992: Adam Smith and the invisible hand - of the market? ss. 37-56 teoksessa Roy Dilley (ed.): Contesting Markets. Analyses of Ideology, Discourse and Practice. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1992.
- Heiskanen, Heikki - Auvinen, Riitta 1979: Hyvinvoinninjako. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja n:o 31. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Helenius, Yrjö 1971: Omavastuu vai yhteisvastuu: Tutkimus sosiaaliturvaa koskevista asenteista eri tulotasoilla. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 19. WS, Porvoo, Helsinki.
- Henriksson M (Toim.) 1992: Lääkärin etiikka. Suomen Lääkäriliitto. Forssan kirjapaino, Forssa.
- Himanen, Pekka. 1997: Hautomo PS-Kustannus. ISBN 951-796-106-5
- Horo, A - Kosonen, J. - Laulumaa, E - Ojanen, S - Schick, I. (2002). Yhteiskunta tulevaisuudessa
- Isola A - Voutilainen, Päivi.: Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Helsinki: Helsingin kaupungin terveystoimi, 1998. Helsingin kaupungin terveystoimen raportteja 8. 154 s.
- Isometsä E - Heikkinen M - Henriksson M, ym. 1996: Suicide in non-major depressions. J Affect Disord 1996;36:117-127.
- Johansson, Pirkko Liisa 1985: Ajatuksia päiväkirjan kirjoittamisesta. Teoksessa Juhani Ihanus (toim.) Sanojen liikkeitä. Kirjoituksia kirjallisuudesta ja runoterapiasta. Lappeenranta: Kirjastopalvelu, 74-86.
- Juho Saari (toim.) 2006: Suomen malli - Murroksesta menestykseen? Yliopistopaino Kustannus 2006
- Julkunen Raija 1999 (a): Sukupuoli, työ, hyvinvointivaltio. Teoksessa: Suomalainen nainen. Otava, Keuruu 79, 100.
- Julkunen, Raija 1999 (b): Hoiva – yksityinen asia ja osa kansalaisuutta.
- Julkunen, Raija. 2002: Timanttejäkin parempi ystävä? Hyvinvointivaltion murroksen sukupuolituneet seuraukset. Teoksessa Holli, Saarikoski, Sana (toim.): Tasa-arvopolitiikan haasteet. WSOY, Porvoo
- Junkkari-Laitinen P 1999: Vanhukset ja omaiset entisaikaan. Teoksessa: Junkkari-Laitinen P (toim.) Moninainen vanhusten hoitotyö. WSOY; Porvoo, 9-18. Jyväskylä T & Åstedt-Kurki P (1998) ”Myötä ja vastoinikäymisissä” Kuvaus iäkkään puolison kokemista ongelmista elämänkumppanin ollessa pysyvässä sairaalahoidossa. Hoitotiede 4, 191 – 198.
- Kakkuri, Juhani. 2003: Tulevaisuuden uhkakuvat. WSOY Yleinen kirjallisuus. ISBN 951-0-27896-3
- Kamppinen, M - Kuusi, O - Söderlund, S. (toim.) 2002. Tulevaisuudentutkimus. Perusteet ja sovellutukset. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia 896. Helsinki. 928 s.

- Kangas, I - Keskimäki, I - Koskinen, S - Manderbacka, K - Lahelma, E - Prättälä, R - Sihto, M. 2001: Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.
- Kangas, Olli (toim.) 1996: Hyvinvointivaltiomallit, niiden toiminta ja kannatusperusta. STM Julkaisuja 5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
- Kansanterveyslaki (66/1972)
- Kastens, JM. 1998: Integrated care management: aligning medical call centers and nurse triage services. *Nursing Economics* 1998; 16: 320 – 1, 329
- Kautto, M. - Heikkilä, M - Hvinden, B - Marklund, S - Ploug, N. (toim.) 1999: Nordic Social Policy. Changing Welfare States, London: Routledge.
- Kerkelä H 1996: Vanhan maailman peilissä: modernin yhteiskunnan synty ja pohjoinen aineisto. Gaudamus, Helsinki.
- Kerola, Hannele - Mäkitalo, Raili - Putkonen, Carita 2002: Parempaa halvemmalla? Valtiovarainministeriö, kansantalousosasto, keskustelualoitteita no 68, 2002.
- Kiander, Jaakko - Lönnqvist, Henrik. 2002: Hyvinvointivaltio, sosiaalipolitiikka ja taloudellinen kasvu. STM Julkaisuja 20, Sosiaali- ja Terveysministeriö, Helsinki
- Kivelä S-L - Räihä I 2001 : Masennus. Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia. Toim. T. Erkinjuntti, J. Rinne, K. Alhainen ja H. Soininen. Duodecim, Helsinki 2001, s. 225-234.
- Kivelä S-L 2001: Vanhusten kaltoinkohtelu. Kirjassa: Geriatria. Toim. R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen, R. Sulkava. Duodecim, Helsinki 2001, s. 369-372.
- Koch T- Webb C - Williams A.M.1995 : Listening to the voices of older patients: an existential-phenomenological approach to quality assurance. *Journal of Clinical Nursing* 4, 185–193, 1995.
- Korhonen HJ - Jousilahti P - Vartiainen E - Juolevi A - Sundvall J - Puska P. FINRISKI 1997: Kaupunkiraportti. Tutkimus kroonisten kansansairauksien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista ja erveyspalvelujen käytöstä Helsingissä, Vantaalla, Joensuussa, Kuopiossa, Oulussa ja Turussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja
- Korpi, W - Palme, J. 1998: The Paradox of Redistribution and the Strategy of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries, *American Sociological Review* 63: 661–687.
- Kosonen, Pekka - Simpura, Jussi 1999: Sosiaalipolitiikka globalisoituvassa maailmassa. Helsinki: Gaudamus.
- Kosonen, Pekka 1987: Hyvinvointivaltion haasteet ja pohjoismaiset mallit. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 48 Vastapaino, Tampere.
- KTL. Kansanterveyslaitos 2006: Terveyspalveluiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000-tutkimus. KTL 200. Helsinki
- Kuhnle, S. 2000: The Scandinavian Welfare State in the 1990s: Challenged but Viable, *West European Politics*, 209–229.
- Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. 265 s., nid. ISBN 978-951-768-172-8. 2006

- Kuusi, Osmo - Ryynänen Olli-Pekka - Kinnunen, Juhani - Myllykangas, Markku - Lammintakanen, Johanna 2006: Terveystieteellisen tutkimuksen tulevaisuus. Terveystieteellisen tutkimuksen kannanotto vuoden 2015 terveystieteelliseen tutkimukseen. Suomen terveystieteellisen tutkimuksen tulevaisuudet. Teknologian arvioinnin peruseräraportti. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006. Edita Prima Oy. Helsinki . 278 sivua
- Kuusi, Osmo 1993: Delfoi-tekniikka tulevaisuuden tekemisen välineenä. Teoksessa M. Vapaavuori (toim.) Miten tutkimme tulevaisuutta? Acta Futura Fennica. No. 5. Tulevaisuuden tutkimuksen seura ry. Painatuskeskus. Helsinki, 132–140.
- Kyngäs H - Vanhanen L 1999: Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1): 3–12.
- Lahtinen, E - Koskinen-Ollonqvist, P - Rouvinen-Wilenius, P - Tuominen, P. 2003: Muutos ja mahdollisuus. Terveystieteellisen tutkimuksen arviointi. Sosiaalija terveysministeriön julkaisu 15. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000
- Laki terveystieteellisen ammattihenkilöistä (559/1994)
- LaRocco S.A.: Patient abuse should be your concern. Journal of Nurse Administration 15 (4), 27–31, 1985.
- Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2003: Etiikka hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit. ISBN 951-0-27936-6
- Lenaghan, J - New, B - Mitchell, E. 1996: Setting priorities: is there a role for citizens' juries? BMJ, 312: 1591-1593.
- Lenaghan, J. 1999: Involving the public in rationing decisions. The experience of citizen juries. Health Policy, 49: 45-61.
- Leskinen A 1999: Muutoksen merkit. Tapaustutkimus vanhusten, vammaisten, mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palvelujen rakennemuutoksesta kolmessa kunnassa. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Leskinen, L - Koskinen-Ollonqvist, P. 2000: Terveystieteellisen lukutaito ja sen kehittäminen: Passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. Terveystieteellisen lehti Promo 15. 4-5/2000, 22-25.
- Liikamaa, P. Yhdenvertaisuus ei toteudu terveystieteellisissä. Dialogi 6/2002, 4.
- Lillrank, Paul - Parviainen, Petri 2004: Omistaja, prosessi, potilas. Suomen lääkäri-lehti, Vol. 59, nro 10 s. 1052 – 1055
- Lillrank, Paul. 2003: Keskenkärsivä potilas eli aika sairaanhoidossa. Suomen lääkäri-lehti, Vol. 58, nro 3 s. 309 – 311.
- Lindgren Stefan - Kjellströmin Thomas. 2001: Future development of general internal medicine: a Swedish perspective. European Journal of Internal medicine 12 :464 - 469

- Lindqvist M 2001: Hoitoetiikka terveydenhuollon arvojen murroksessa. Luentotiivistelmä, s. 33. Sairaanhoidajapäivät 16.-17.3.2001, Finlandia-talo, Helsinki. Hoitotyö käännekohdassa.
- Lindqvist, Martti - Pelkonen, Risto - Halila, Ritva. 2001: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2001:1
- Löppönen, P - Mäkelä, P.H - Paunio, K. 1991. (toim.): Tiede ja etiikka. Porvoo : WSOY.
- MacIntyre, Alasdair 1981: *After Virtue: A Study in Moral Theory*. University of Notre Dame Press, 1984, 2nd edn.
- Makkonen, Anna 1993: Valkoisen kirjan kutsu eli löytöretkellä päiväkirjojen maailmoissa. Teoksessa Suvi Ahola (toim.) *Hiljaista vimmaa. Suomalaisten naisten päiväkirjatekstejä 1790-luvulta 1990-luvulle*. Jyväskylä: Gummerus, 360-374.
- Mannermaa, M. 1991: Evolutionaarinen tulevaisuudentutkimus. Tulevaisuuden tutkimuksen seuran julkaisusarja Acta Futura Fennica No. 2, VAPK Helsinki, 1991.
- Mannermaa, M. 1999a: Tulevaisuuden hallinta – skenaariot strategiatyöskentelyssä, WSOY, Porvoo
- Mannermaa, M. 1999b: Tulevaisuuden hallinta. Skenaariot strategiatyöskentelyssä. WSOY, Ekonomiasarja. Porvoo.
- Mannermaa, M., 2000: Tulevaisuuden haltuunotto: PK-yritysten ennakkoinnin käsikirja. Työministeriö, Helsinki.
- Marttinen, J. 2003: Ennakkoinnin kytkentä osaksi TE-keskusten toimintaa: visio 2010 ja kehittämisstrategia. Kauppa- ja teollisuusministeriö, elinkeino-osasto Edita, Helsinki.
- Matlthus, Thomas Robert. Hakusana teoksessa: *The New Encyclopaedia Britannica*, Vol. 7, Fifteenth Edition 1990
- Meristö, T. 1991: Skenaariotyöskentely yrityksen johtamisessa. Väitöskirja. Acta Futura Fennica No. 3, VAPK Helsinki.
- Meulenbergs T - Verpeet E. - Schotsmans P - Gastmans C. 2004. Professional codes in a changing nursing context: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 46(3), 331-336.
- Minkler M.2000: Personal responsibility for health: Context and controversies. In: Callahan D, editor. *Promoting healthy behaviour. How much freedom? Whose responsibility?* Washington: Georgetown University Press :1-22.
- Mokka, Roope - Neuvonen, Aleksi.2007: Yksilön ääni – Hyvinvointivaltio yhteisöjen ajalla. Sitran raportti 69. Sitra 2007.
- Moore, Michael 2007: *Sicko - aivan sairasta*. Dokumentti. USA 2007. 127 min.
- Morse JM - Field PA 1995: *Qualitative Research Methods For Health Professionals*. Sage Publications, California.
- Murto, Lasse 2003: Sosiaali- ja terveyspalvelut hyvinvointipalvelujen tuottajina. Kirjassa *Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat*. toim. Jorma Niemelä Virpi Dufva). PS-kustannus 2003
- Mäkelä K, (toim) 1990: Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus, Helsinki 1990.
- Mäkelä, K. 1990: Kvalitatiivisen aineiston analyysin arviointiperusteet. Helsinki: Painokaari Oy

- Mäkelä, Pia - Österberg, Esa 2006: Suomalaisten hyvinvointi 2006 (toim.) Kautto, Mikko. Sosiaali- ja Terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus kirjapaino Oy. Vaajakoski 2006
- Männistö E. 2001 : Eettisyys terveydenhuollossa – sairaanhoitajaopiskelijoiden ja lääkäriopiskelijoiden näkökulmasta tarkasteltuna. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, lisensiaatin tutkimus.
- Niemelä, Pauli - Pursiainen, Terho (toim.) 2006: Hyvinvointi yhteisekuntapoliittisena tavoitteena. Professori Juhani Laurinkarin juhlakirja. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia nro 62. Kuopion yliopisto.
- Nieminen H. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M. -Vehviläinen- Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY Juva 1997.
- niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. (Viitattu 31.1.2004). Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/potilasopas/asetussuomi.pdf>
- Niiniluoto, Ilkka – Saarinen, Esa (toim.) 2002: Nykyajan filosofia. WSOY. Yleinen kirjallisuus. ISBN 951-0-26207-2
- Niiniluoto, Ilkka – Sihvola, Juha (toim.)2005: Nykyajan etiikka, keskusteluja ihmisestä ja yhteisöstä. Gaudeamus.2005. ISBN 951-662-939-3
- Nupponen, R. 1994: Terveyspsykologian perusteet. Stakes oppaita 21. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nutbeam, D - Harris, E. 1998: Theory in a nutshell. A practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion. Australia: University of Sydney.
- Ojala Matti 2003. Toimintaedellytystieto ja sen hyödyntäminen. Käsitteet, termit, luokitukset ja tietämyksen hallinta. Stakes raportteja 272/2003.
- Palmroth, A - Nurmi, I. (toim.). 1996: Alttiiksi asettumisen etiikka. Laadullisen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Jyväskylän yliopiston julkaisusarja 38. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Parkkari, Juhani: Kansojen itsemääräämisoikeus ja muut kollektiiviset oikeudet. Teoksessa: Ihmisoikeudet 2000-luvulla.
- Parsons, T. 1951: The social system. Free Press. New York
- Partanen Pirjo 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopio.
- Paunio, Riitta-Leena. 2001: STM- Monisteita 2001:12. Sosiaali- ja Terveysministeriö. 9.4.2001
- Pelto-Huikko, Antti - Karjalainen, Karoliina - Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2006: Terveiden edistämisen toimintamallit. Terveiden edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisu 4/2006
- Peters, B. Guy 1993: Searching for a Role: The Civil Service in American Democracy. International Political Science Review 4/1993.
- Petersson, Olof 2000: Nordisk politik. Femte upplagan. Göteborg: Norstedts juridik.2000; 30-32

- Pietilä V. 1993: Sisällön erittely. Oy Gaudeamus Ab, Helsinki 1973.
- Pihlainen A. 2000. Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyys arvo- ja arvokäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4763-8.pdf>
- Pillemer K - Moore D.W 1989: Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff. *The Gerontologist* 3, 314–319, 1989
- Pirttilä, I - Eriksson, S. (toim.)2002: Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylän yliopisto, 2002.
- Polit D. F - Hungler B P 1995: Nursing Research. Principles and Methods. J. B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Puro, Perttu 1999: Eurooppa ja ihmisoikeudet. Suomen YK-liitto ry, Helsinki 1999.
- Rahkonen O - Talala K - Laaksonen M - Lahelma E - Prättälä R - Uutela A. 2004: Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979-2002. *Suom Lääk L* 2004: 59; 2159-63.
- Raunio, Kyösti 1983: Hyvinvointi ja taloudelliset muutokset: tutkimus suomalaisen yhteiskunnan hyvinvoinnin sisällöstä ja taloudellisten muutosten hyvinvointivaikutuksista vuosina 1950-1977. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia nro 41. Turku.
- Rautio, Pertti: "Keitä me oikein olemme?" Suomalaisen identiteetin muutoksista. Teoksessa Suhonen, Pertti (toim.): Suomi - muutoksen yhteiskunta. WSOY 1989, Juva.
- Richardson, Laurel. 1994: Writing: A method of inquiry. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (eds) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage, 516-529.
- Ringland, Gill 1997: "Scenario planning - managing for the future"
- Rissanen S 1999: Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuina? Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 73. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Robson, Colin 1997: Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers. 7. Painos. Oxford: Blackwell.
- Rooman klubin Suomen komitea.1995: Kansainvälinen vastuumme, Suomen malli. PS-Kustannus. ISBN 951-0-20577-X
- Rouban, Luc 1993: Public Administration and Political Change - Introduction. *International Political Science Review* 4/1993.
- Ryynänen O-P - Myllykangas M - Kinnunen J - Isomäki V-P - Takala J 1999: Terveyden ja sairauden valinnat. Suomen kuntaliitto, Helsinki 1999.
- Ryynänen, Olli - Pekka – Kukkonen, Jarmo – Myllykangas, Markku – Lammintakanen, Johanna – Kinnunen, Juha. 2006: Priorisointi terveydenhuollossa. Talentum. 2006.ISBN 952-14-1020-5. 325 sivua

- Saarinen E 1994: Lama lisännyt vanhusten riskiä joutua kaltoinkohdeksi. *Sosiaaliturva* 18, 8–10, 1994
- Saastamoinen, Kari 1998: Eurooppalainen liberalismi: etiikka, talous, politiikka. Jyväskylä: Atena/Sitra, 1998. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys42.htm>
 Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/resepti/index.htm>
 Saatavissa: <http://www.terveyshanke.fi/fin.pdf>
- Saveman B-I.: Övergripping mot äldre i hemmet ur distrikssköterskors perspektiv. Övergripping mot äldre. Århus, AKA-print. APS. 1994.
- Savola, E - Koskinen-Ollonqvist, P 2005: Terveysten edistäminen esimerkein – Käsitteitä ja selityksiä. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Sharp, N. 1994: Prevention and the public's health. *Nurs management*. 1994; 25(11): 35- 6
- Silverman D 2000: *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. Sage, London 2000.
- Sinkkonen S - Nikkilä J (1988) Suomen terveydenhuollon hallinto. WSOY, Juva.
- Siren, R - Lehti, M - Kivivuori, J. 2005: Väkivaltarikokset ja alkoholi. Teoksessa: Rikollisuustilanne 2004. Rikollisuus tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 215. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos 235–249
- Snider, Jamie - Hill, Ronald Paul - Martin, Diane 2003: Corporate Social Responsibility in the 21st Century: A View from the World's Most Successful Firms. *Journal of Business Ethics*, 48, 175–187.
- Stakes - STM 2001: Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Vaarama M, Luomahaara J, Peiponen A & Voutilainen P. Raportteja 259, Helsinki.
- Stakes - STM 2002: Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – opas laatuun. Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U & Finne-Soveri H (2002). Oppaita 49. Gummerus kirjapaino, Saarijärvi.
- STM 2001a. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä
- STM 2001b. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Oppaita 2001:3. Helsinki
- STM 2001c. Sähköistä reseptiä koskeva esiselvitys. Sosiaali- ja terveysministeriö työryhmämuistioita 2001:27. (Viitattu 31.1.2004).
- STM 2002a. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. (Viitattu 31.1.2004).
- STM 2002b. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö työryhmämuistioita 2002:3. (Viitattu 31.1.2004).
- STM 2003b. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriö työryhmämuistioita 2003:38.
- STM, 2001c: Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Edita.
- STM, 2002c: Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämishdotukset. Helsinki: Kirjapaino Keili Oy.
- STM, 2003a: Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki.

- Suhonen R. 2002. Individualized care from the surgical patient's point of view. Developing and Testing a model. *Annales Universitatis Turkuensis, Ser D*. Turun yliopisto.
- Suomen perustuslaki (731/1999)
- Tiihonen, Paula - Tiihonen, Seppo. 1990: Keskitetyn suunnittelun nousu ja tuho. Jäähyväiset alistavalle, pysähtyneisyyden ajan suunnittelulle. Valtion painatuskeskus 1990, Helsinki.
- Tiihonen, Seppo 2007: Julkinen sektori demokratian ja tehokkuuden ristipaineessa. Teoksessa: Monen monta demokratiaa. Kauko Sipposen juhlaseminaari 25.4.2007: 58-84
- Towle, A. 1998: Chsngers in health care and continuing medical education for the 21st century (continuing medical education part 1) *Br mad J*. 1998; 316:301-5
- Tragakes, E - Vienonen, M. (1998) Key issues in rationing and priority setting for health care services. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe.
- Tribe, Keith. 1999: Natural liberty and laissez faire: how Adam Smith became a free trade idelogue. ss. 21-44 teoksessa Stephen Copley & Kathryn Sutherland (eds): *Adam Smith's Wealth of Nations*. New Interdisciplinary Essays. Manchester and New York: Manchester University Press.
- Tulevaisuuden tutkimuksen edistäminen. Suomen Akatemian julkaisuja 13/1980. Helsinki.
- Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli. 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Törönen, J. (toim.) 2004: Valvontaa ja vastuuta. Päähteet ja julkisentilan moraalisaätely. Helsinki: Gaudemus
- Vaarama, Marja - Noro, Anja 1997: Vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelut. Teoksessa Uusitalo, Hannu & Staff, Mikko (toim.) *Sosiaali – ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997*. Stakes raportteja 241/1997. Jyväskylä: Gummerus
- Vaarama, Marja - Voutilainen, Päivi - Kauppinen, Sari 2002: Ikääntyneiden palvelut. Matti Heikkilä, Parpo, Antti (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002*. Stakes, Raportteja 268
- Waissi, G. 1979: Delfi-menetelmä. Otaniemi.
- Vanhusbarometri 1998. www.stm.fi/pao/julkaisut/vbaro
- Vattimo, Gianni. 1999: Tulkinnan etiikka. Paradigma -kirjasarja. Tutkijaliitto, Helsinki.
- Weber R P 1990: Basic Content Analysis. Second Edition. Series: Quantitative Applications in the Social Sciences. Sage Publications.
- Venkula, J. 2005: Epävarmuudesta ja varmuudesta. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Vertio, H. 2003: Terveiden edistäminen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Vicery, DM. 1996: Toward appropriate use of medical care. *healthcare Forum J.* 1997; 39(1):15-9

VM, Valiovarainministeriö 2002: Kohti tehokkaampaa ja laadukkaampaa julkista taloutta. Valtiovarainministeriön työryhmä VM 128:00/2001, kesäkuu 2002, Valtiovarainministeriö, kansantalousosasto.

VM, Valiovarainministeriö 2003: Hyvinvointipalvelujen turvaaminen. Julkaisuja 2/2003, Valtiovarainministeriö, kansantalousosasto.

VM, Valiovarainministeriö 3/2002: Kestävä talous, hyvinvoinnin perusta. Valtiovarainministeriö, taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset 3/2002.

VNK, Valtioneuvoston kanslia 2007: Hallitusohjelma 19.4.2007

VNK, Valtioneuvoston kanslia 2007: Paras Hanke 19.4.2007

VNK, valtiovarainministeriö

Woudenberg, F. 1991: An Evaluation of Delphi, Technological Forecasting and Social Change 40.

Yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen tietosuojat. 1987: Suomen Akatemian julkaisuja 1/1987. Helsinki. Yhteiskuntatieteet 89, Kuopio.

Internet lähteet:

www.elintarvikevirasto.fi

<http://europa.eu.int/comm/health>

www.fi-nfood.fi/fi-nfood/kasvikset

www.health.fi/

www.internetix.fi

www.kajaani.fi

www.kki.likes.fi/fi/index.html

www.kotitapaturma.fi

www.ktl.fi

www.ktv.fi/fi/

www.lifeskillstraining.com

www.nwpho.org.uk/asp

www.palvelutyöntajat.fi/

www.stakes.fi

www.stakes.fi/sva

www.stroke.fi

www.sydanmerkki.fi

www11.uta.fi/~ep20740/terveysviestinta

www.kunnat.fi/paras_hanke

Liitteet:

1. Arvioita ja kannanottoja Anne Tiihosen tulevaisuusskenaarioihin

Arvio ja kannanotto 1

Oman näkemykseni mukaan nykymuotoinen vanhustenhuolto kriisiytyy vakavasti lähi-tulevaisuudessa. Sen vuoksi on välttämätöntä tehdä radikaali muutos vanhustenhuollos-sa. Vanhustenhuolto kokee täydellisen uudistuksen. Hoito muuttuu yksilölliseen, toi-mintakykyä ylläpitävään ja kuntouttavaan suuntaan. Oppia otetaan Tanskasta, joka on vanhustyön mallimaa. Kun ihminen täyttää 75 vuotta, hänen luonaan tehdään kerran vuodessa ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä, joissa arvioidaan vanhuksen toimintakyky ja avun tarve. Kotikäynnit ja palvelutarpeen seuraaminen ovat kunnan vastuulla. Vanhus saa säilyttää itsemääräämisoikeutensa hoidon ja asumisen suhteen: palveluasunto tai kotona asuminen. Hoito tuodaan joko kotiin tai palveluasuntoon. Päivisin järjestetään erilaisia aktiviteetteja, ns. päivähoitotoimintaa, johon vanhuksia kuljetetaan. Hoidon ideana on, että vanhukset osallistuvat itse päivittäisiin askareisiin kykyjensä mukaisesti, jolloin toimintakyky säilyy pidempään ja elämänlaatu tällöin paranee. Kuntoutusta tul-laan antamaan myös korkeimmassa iässä oleville. Ihmistä arvostetaan iästä riippumat-ta! Työntekijöitäkin on helpompi saada kotikäynneille kuin aikaisempaan laitoshoitoon, jossa vanhukset hoidettiin vuoteisiinsa. Laitoshoidon vanhustenhuollossa tullessaan lopetta-maan Tanskan tavoin.

Kansalaisten parissa polarisoituminen menestyviin ja väliinputoajiin jatkuu väestön kouluttamisesta ja lisääntyvästä terveysvalistuksesta huolimatta. Tärkeitä kansalaisten elämässä ovat elämykset ja pikaiset rikastumiset keinolla millä hyvänsä. Vääränlainen minäkeskeisyys lisääntyy ja lähimmäisistä ei jakseta kantaa huolta. Terveystenhuolto heijastelee samoja linjauksia kuin mitä yhteiskunnassa on.

Uutta teknologiaa otetaan käyttöön, sähköiset potilastietojärjestelmät, videoinnit, ym. ovat arkipäivää huippusairaaloissa. Ne eivät kuitenkaan ole koko väestön saatavilla kal-leutensa vuoksi.

Terveyskeskustoimintamalli kriisiytyy, koska lääkärit eivät halua tulla töihin olosuhteisiin, joihin he eivät kykene vaikuttamaan. Vanha perhelääkärijärjestelmä tulee osittain käyttöön huonontuvien terveyskeskusten rinnalla.

Tehtäväjako sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä tehdään. Hoitajat tekevät nyt monia sellaisia töitä, jotka aiemmin kuuluivat lääkäreille. Tämän vuoksi hoitajien koulutusta ja palkkausta tarkistetaan. Sairaanhoitajakoulutusta lisätään niin, että hoitajapulasta ei tule niin suuri asia, kuin nyt pelätään. Myös terveydenhuollon prosesseja käydään läpi siten, että työskentely terveydenhuollon parissa on mielekkäämpää ja tehokkaampaa ja asiakkaat pääsevät hoitoon oikeaan aikaan ja nopeasti. Hoitojonoja ei tule enää olemaan.

Kun tarkastelen Tiihosen skenaarioita, ne ovat varsin uskottavia ja realistisia. En kuitenkaan usko, että niistä mikään toteutuu puhtaana, vaan syntyy yhdistelmiä eri skenaarioista. Omani lähestyi skenaario 3:a (hyvinvointivaltion rappio). Toisaalta vanhustenhuollon osalta tulevaisuus tulee olemaan valoisampi, sillä yhteiskunnassa oleva yleinen mielipide edesauttaa uudistusten tekemistä. Muun terveydenhuollon osalta kyseistä ilmapiiriä ei vielä ole syntynyt, joten uudistukset tuskin toteutuvat kovin nopealla aikavälillä. Lisäksi muutosvastarinta on suurta terveydenhuollon ammattilaisten osalta, vaikka muutos tarkoittaisikin muutosta parempaan päin. Tässä kohdin toteutuu skenaario 1.

Skenaarioissa ei ole otettu kantaa terveydenhuollon rahoituksen suhteen. Tuleeko se muuttumaan? Tuleeko yksityisen rahoituksen osuus lisääntymään? Uskon, että yksityinen rahoitus lisääntyy, mutta päävastuu terveydenhuollon rahoituksesta tulee jatkossakin verorahoin katetuksi. Kela-korvauksia tullaan nostamaan, sillä se tie on edullisempi yhteiskunnalle.

Kolmas sektori eli potilasjärjestöt vahvistuvat. Heidän roolinsa etenkin valistustyötä tekevinä korostuu. Järjestöt ottavat vastuuta myös kuntoutuksesta, sillä julkinen sektori, jolle kuntoutus kuuluu, ei tule ottamaan sitä vastuulleen. Järjestöt ovat toimineet vahvasti vapaaehtoistyön voimalla. Kuitenkin talkoohenki vähenee ja järjestötoiminta ammatillistuu.

Skenaario 1 on paljolti nykyterveydenhuollon kuvausta, tosin aika pessimististä, vaikakin realistista. Jos mitään ei tehdä, skenaario 1 on väistämätön julkisen terveydenhuollon osalta. Skenaario 1 mukaan hoidon saatavuus ja laatu riippuu asuinpaikasta ja varallisuudesta. Terveystenhuollon ammattilaisilla on hyvin eritasoista koulutusta eivätkä he ole kovin motivoituneita työhönsä. Skenaario 3:ssa korostuu yksityisen terveydenhuollon rooli. Skenaariossa on julkisen sektorin terveydenhuolto surkastunut pienen syrjäytyneen väestöryhmän hoitajiksi. Myös ammattihenkilöstö on jakautunut: parhaimmat ovat yksityisen terveydenhuollon palveluksessa korkeammalla palkalla. Skenaario 3 on lähellä amerikkalaista terveydenhuoltomallia.

Ihannemalli olisi skenaario 2 toteutuminen, mutta onko se liian idealistinen ja siten epärealistinen? Onko hoivatarjonnan tasainen jakaantuminen kaikille mahdollista? Paljonko asiakkaan maksukyky vaikuttaa hoidon tasoon? Miten ihannemalliin päästään? Päättäjiltä puuttuu visio hyvästä tulevaisuudesta. Terveystenhuollon kehittäminen on pitkälti nykyisin vain tulipalojen sammuttamista. Se johtaa väärin skenaarioihin ja niiden toteutumiseen. Tiuhosen visiot hyvästä tulevaisuudesta on syytä saada sekä päättäjille että yleiseen tietoisuuteen.

Raija Vahasalo
kansanedustaja
sosiaali- ja terveysvaliokunnan jäsen 1999–2006
sivistysvaliokunnan puheenjohtaja 2007–

Arvio ja kannanotto 2

Anne Tiihonen näkee skenaariossaan suomalaisen terveystalouden kehittyvän voimakkaasti vuosikymmenen alussa, peruseriaatteena inhimillisten tarpeiden turvaaminen kaikille kansalaisille. Tiihosen näkemys perustuu Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan raporttiin jonka mukaan Suomen terveydenhuoltoa kehitetään systemaattisesti.

Tiihosen esille ottamaa näkemystä, että vuonna 2015 Suomessa toimii terveys- ja sosiaalipiirejä sekä sosiaali- ja terveysalueita voidaan jossakin määrin pitää uskottavanakin. Tiihonen uskoo myös siitä, että tämä mahdollistaisi sen, että esimerkiksi kroonikkovanhusten hoito kyettäisiin järjestämään saumattomasti eri viranomaisien kesken, tuntuu hieman kaukaa haetulta eikä kovinkaan uskottavalta. Perusteluni tähän on, että mainittuun toimiva järjestelmä vaatii, ensinnä poliittisen yhteisymmärryksen, jota en usko syntyvän ja toisaalta en myöskään usko, että Suomessa tuolloin löytyisi riittävästi varoja tämän tyyppisen toiminnan toteuttamiseksi.

On aivan oikein mitä Tiihonen skenaariossaan mainitsee, että Suomen vanhusväestö tulee määrältään kasvamaan huomattavasti ja heidän hyvinvointiinsa ja terveydenhoitoonsa joudutaan panostamaan runsaasti varoja sekä ja työtä. En kuitenkaan jaksa uskoa sitä, että palattaisiin niihin hyviin entisiin aikoihin jolloin lapset hoitivat vanhuksensa. Tämä ei yksinkertaisesti ole enää mahdollista. Tähän vaikuttavat asumistavat ja -paikat. Ei asuta enää maaseudulla. Perheen isä ei ole enää ainoa joka käy työssä ja hankkii perheen elannon. Nyt ja tulevaisuudessa molemmat vanhemmat käyvät työssä, lapset ovat päivähoitossa ja heitä varten tarvitaan runsaasti päiväkotihenkilöstöä. Ihmisten on muutettava työn perässä ja asuntoja joudutaan vaihtamaan useasti. Ei liene mahdollista, että vanhus joutuisi mukaan tähän kiireiseen ja alati vaihtuviin olosuhteisiin. En näe myöskään mahdolliseksi sitä, että tulevaisuudessa palattaisiin siihen, että vanhus hoitaisi vanhusta. Toisin sanoen puoliso, jonka vastuulle annettaisiin sairastunut ja heikko vanhus, asetettaisiin liian suuren vastuun ja raskaan taakan alaiseksi, etenkin kun vanhusväestön ikä on kasvamaan päin. Näin puolisoa hoitavalle saattaisi tulla useiden vuosien, jopa kymmenienkin vuosien mittainen työrupeama.

Tiihosen näkemys siitä, että vanhuksen tueksi asetettaisiin lähimmäinen. Hänen ei tarvitse olla omainen on hyvä tulevaisuuden visio, etenkin, että hän työssään tulee saamaan kaiken tarvittavan avun ja tuen kuten Tiihonen skenaariossaan mainitsee. Erittäin mielenkiintoisena näen Tiihosen tulevaisuuden ajatuksen, että yhteiskunta alkoi edellyt-

tää sairauksien ennaltaehkäisyyn ja voittamiseen yksilön kannalta vastuullista toimintaa. Tiihonen mainitsee kirjoituksessaan muutamia yleisimpiä sairauksia kuten sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, astma ja liikalihavuus sekä alkoholisairaudet, eli nykyisin-kin yleisimmät sairaudet. Olen ehdottomasti samaa mieltä hänen kanssaan. Erilaiset kurssit, valmennukset, ryhmäkeskustelut, sairauteen perehtyneen lääkärin neuvonta ja opastus ovat erittäin tarpeellisia jotta yksilö saataisiin ymmärtämään oman sairautensa kanssa eläminen sekä sen hoitotavat. Uskon myös, että näin voitaisiin vähentää huomattavasti terveydenhuollon menoja.

Tiihosen mainitsema Call-center terveysneuvonta kuulostaa hyvältä ja tulee aikanaan lisääntymään. Suhtaudun kuitenkin asiaan hieman skeptisesti sillä en usko, että meillä vielä vuonna 2015, esim. vanhusten keskuudessa, on kovinkaan runsaasti henkilöitä jotka pystyvät keskustelemaan sähköisesti esim. sairaanhoitajansa kanssa. Tiihonen kirjoittaa myös tulevaisuudesta, että verkostoituneen toiminnan ja vapaan kilpailun vuoksi kunnalliset ja osittain myös valtakunnalliset rajat poistuivat. Kansalainen kykeni itse hakeutumaan oman mielensä mukaan hyvää palvelua tuottavaan sairaalaan tai yksikköön jopa ulkomaille. Tämän toiminnan ansiosta heikot ja toimintakyvyiltään huonot yksiköt jäivät ilman potilaita ja lopetettiin.

Olen tässä asiassa Tiihosen kanssa samaa mieltä sillä on luonnollista, että syntyy kilpailutilanne jossa pärjäävän on panostettava palvelun laatuun ja asiakaslähtöisyyteen. Myös toiminta tehostuu ja kustannukset, kilpailutilanteesta johtuen, tulevat alenemaan. Sen sijaan en oikein usko, Tiihosen visiota siitä, että ns. liikkuvat terveydenhuollon yksiköt kehittyisivät niin voimakkaasti, kuten hän mainitsee. En siis usko sitä, että tällä aikavälillä vuoteen 2015 mennessä syrjäseuduillamme liikkuisi sairaalarekkoja joissa voitaisiin tehdä kirurgisia toimenpiteitä.

Sen sijaan uskon, että pienempimuotoisia terveyspalveluja voitaisiin tarjota esim. kuvastamis- ja laboratoriapalveluja sekä normaalit terveyskeskuspalvelut. Syrjäseuduilla asuvia kansalaisia ajatellen terveyspalvelujen tuominen alueille, joista on pitkä matka terveyskeskuksiin ja lääkäriin on visiona erityisen kannatettava.

Oma ajatukseni Anne Tiihosen visiosta, että ihmisen terveyskäsitteys muuttui, on samansuuntainen. Terveys käsitettiin yleensä fyysisenä tai psyykkisenä sairautena. Se, että

onko nyt puheena oleva aikajakso liian lyhyt kertomaan sen miten ihminen kokee sairautensa tulevaisuudessa esim. vuonna 2015, on vaikea hahmottaa. Tiihonen korostaa skenaariossaan yksilön oman valinnan merkitystä ja sitä, että potilaalle tarjottiin kaikki mahdollinen informaatio oman päätöksensä tueksi ja että päätös hoidosta ja sen toteutuksesta jäi potilaalle itselleen tai hänen valtuuttamalleen henkilölle. Olen epäilevällä kannalla siitä, olemmeko vielä valmiita tekemään päätöksiä sairautemme hoidosta tai jopa hoidon lopettamisesta itse, vaikka saisimmekin päätöstä tehdessämme asiantuntija-apua meitä hoitavalta lääkäriltä.

Mauri Lindholm

Asessori

Arvio ja kannanotto 3

Skenaario yksi muistuttaa liian monelta osin terveydenhuollon nykytilan kuvaukselta. Järjestelmän ja toimintamallien jatkaminen nyky muodossa johtaa valitettavan vääräämättömästi skenaarioon kolme. Sen toteutuminen merkitsee nyky muotoisen, korkean verotuksen hyvinvointiyhteiskunnan rapistumista.

Nyt asiakkaan asema terveydenhuollossa on heikko, palvelujen tuottajien asiakasvastuu on pirstaloitunut ja selkiintymätön, terveydenhuollon toimin pyritään vastamaan sosiaali- ja hoivaongelmiin jne. Palvelujen tuottajien vastuu palvelujensa laadusta ja kustannustehokkuudesta taikka uusien tehokkaampien toimintamallien kehittämisestä ja käytöstä on heikko. Tuloksellisen ja tehokkaan toiminnan kannusteet ovat vaatimattomat. Toiminnot on järjestetty tuottajalähtöisesti, ei asiakaslähtöisesti. Tuottajalähtöisyydestä huolimatta kenelläkään ei ole kokonaisvastuuta terveydenhoitojärjestelmästä, koska palvelujen rahoitus- ja järjestämis- sekä valvontavastuut ovat pirstaleiset. Osoptimointi syö terveydenhoidon ja sosiaaliturvan voimavaroista merkittävän osan; käytetäänhän esimerkiksi enemmän yhteiskunnan voimavaroja toimenpiteiden odottamiseen ja niistä toipumiseen kuin itse toimenpiteisiin.

Skenaario kaksi olisi skenaarioista toivottavin. Asiakaslähtöisyyden, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden tulisi ohjata järjestelmän kehittämistä. Kansalaisten "terveyskannusteiden", palvelujen tuottajien ja järjestäjien toiminnan kannusteiden tulisi mahdollistaa vuorovaikutteinen, vastuullinen asiakkuus. Asiakkaille tulisi olla edullisinta vaikuttavuudeltaan edullisen palvelun valinta. Tässä asiakkaan valinnanvapauden ja helppokäyttöisen teknologian ja toimintamallien/konseptien uudistamisen merkitys on keskeinen. Puhelin ja netti olisivat otettava hyötykäyttöön ja uudistettava toimintamalleja ja -käytäntöjä. Skenaarioon kaksi sopisi myös hoito- ja hoivavakuutusten sekä palvelusetelikäytäntöjen hallittu käyttö. Sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä hoito- ja hoivajärjestelmä on ikääntyvän kansakunnan ja nyky muotoisen hyvinvointiyhteiskunnan legitimeetin kannalta välttämätön.

Raili Mäkitalo, neuvotteleva virkamies,
Valtionvarainministeriö

Arvio ja kannanotto 4

Vuosiluvulla 2015 täyttää ns. suuri ikäluokka 70 vuotta ja näin ollen tullaan edelleen tarvitsemaan yhä enemmän terveydenhuollossa työtä tekeviä jotta kaikki apua tarvitsevat voidaan hoitaa tyydyttävästi. Huume- ja alkoholiongelmat tulevat enenevässä määrin teettämään paljon töitä terveydenhuollossa. Uskon että vartijoita on lisättävä terveydenhuoltohenkilöiden avuksi, jolloin voitaisiin jopa ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita sairaaloissa ja terveysasemilla, joissa henkilökunnalta kuluu liikaa aikaa esim. päihteiden käyttäjien ja eri sosiaalitapausten selvittelyssä. Eläkeläisten/vanhusten määrä lisääntyy huomattavasti, josta syystä sairaalapaikkoja, vanhusten hoitokoteja, kotiavustajia jne. tarvitaan monin verroin enemmän. Sairaalapaikat vievät em. alkoholin väärinkäyttäjät ja huumeiden käyttäjät.

Tiihosen skenaarion yksi mukaisesti eletään vielä edelleen paljolti vuonna 2015 ja skenaariosta kolme toteutunee enenevässä määrin se osuus, jossa rahalla saa palvelua. Voittajia ovat hyvin toimeentulevat, jotka pystyvät ostamaan tarvitsemansa terveyspalvelut. Toisaalta häviäjiä ovat ne, jotka edelleen kituuttavat yhteiskunnan tarjoamilla halvemmilla hoidoilla. Ihanne tietenkin olisi skenaario kaksi, jossa terveydenhuolto olisi kaikille tasapuolisempaa huolimatta varallisuustilanteesta. Tämä skenaario tuntuu kuitenkin kovin optimistiselta ja olisi tietenkin se toivottava suunta, jolloin voitaisiin elää jo "hyvinvointivaltiossa"! Yhteiskunnan päättäjien tulisi pystyä muuttamaan todella paljon asioita, jotta skenaario kaksi voitaisiin toteuttaa edes suurin piirteinkään.

En kuitenkaan usko, että yhteiskunnan varat tähän kaikkeen tulevat riittämään. Valtiovalta sysää vastuuta yhä enemmän henkilölle itselleen. Näin ajaudumme väijäämättä tilanteeseen, jossa varakas, hyvän eläkkeen saava, saa hyvän ja nopean palvelun. Köyhä ja pienellä eläkkeellä kituuttava kerää ”murut maasta” ja jonottaa viikko tolkulla oma-lääkärin vastaanotolle. Jos, niitä nyt silloin enää onkaan.

Skenaariossa kaksi, Tiihonen nostaa esille ajatuksen, että kansalaisia motivoidaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Yksilöllä itsellään olisi laajat valtuudet oman terveytensä ja hyvinvointinsa päätöksissä. Sinänsä ajatus on kannatettava ja toimiva silloin kun kysymyksessä on nuorempi ja päätösten tekoon kykenevä henkilö. Oma käsitykseni ja kokemukseni jo eläkeiässä olevana on se, että sinänsä hyvä ajatus ei välttämättä on-

nistu vanhemman väestön kohdalla. Ensinnäkin vastuun ottaminen ja vielä päätöksen teko oman terveyden ollessa kyseessä on vaikeaa sillä useinkaan vanhus ei ymmärrä lääkärin selostusta sairaudestaan vaan se on hänelle selitettävä moneen kertaan myös omaisten toimesta. Jos ei ymmärrä, ei voi myöskään tehdä päätöksiä.

Skenaariossa kaksi mainitaan, että otetaan yhteiskunnassa käyttöön yhteisövastuun periaatteella toimiva järjestelmä, jossa yli 65-vuotiaalle nimetään lähimmäiseksi joko puoliso tai vähintään 10 vuotta nuorempi henkilö. Minusta se ei voi olla automaatio, jossa 65-vuotiaille automaattisesti nimetään lähimmäinen, jolla olisi skenaariossa mainitut valtuudet. Jokaisen kohdalla tulisi suorittaa tarkka harkinta ennen lähimmäisen määrittämistä, sillä kysymyksessä on erittäin arka ja monessa tapauksessa myös kohdetta usein loukkaava toimenpide. Ja löytyykö tällainen lähimmäinen loppujen lopuksi kaikille tarvitseville.

Oma mielipiteeni on aika pessimistinen. Asioita pitäisi voida muuttaa kovin lyhyellä aikavälillä, joten vuonna 2015, ikävä kyllä, eletään mielestäni edelleen skenaario ykköksen mukaisesti, ellei terveydenhuoltoon saada paljon lisää rahaa käytettäväksi ja koko kansan hyväksi. Aikaa tulee kulumaan ennen kuin suuri organisaatio saadaan muuttumaan niin paljon, että jokaisella ihmisellä olisi samat mahdollisuudet terveydenhoitoon ja niiden valintoihin.

Sirkka Lindholm
yhteysassistentti 64v.
eläkkeellä

2. Kirjallisuutta yhteiskunnasta

Tekijät	Teoksen nimi	Luonnehdinta teoksesta
Andersson, Jan Otto - Hautamäki, Antti - Jallinoja, Riitta - Niiniluoto, Ilkka - Uusitalo, Hannu	Hyvinvointivaltio ristiaallokossa, arvot ja tosiasiat	Mureneeko suomalainen hyvinvointivaltio, kun nykyiseen palvelutasoon ei enää ole varaa? Asiantuntijat käyvät tavallista syvempää keskustelua oikeudenmukaisuudesta, tasa-arvosta, tehokkuudesta, vapaudesta ja tulevaisuuden vaihtoehtoista.
Pursiainen, Terho - Lehto, Markku - Soininvaara, Os- mo - Koski, Tapa- ni	Vapauden ja vastuun Suomi	Millaiseen sosiaaliturvaan suomalaisilla on varaa? Meidän on väistämättä arvioitava uudelleen vapauden, vastuun, tasa-arvon, tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden sisältöä ja suhteita. Näitä syväluotaa kirjassa neljä näkemyksiltään erilaista kirjoittajaa. He etsivät yhteiskuntapolitiikan perusteita, joista voidaan näkemyseroista huolimatta olla yhtä mieltä ja esittävät ennakkoluulottomia käytännön ehdotuksia siitä, miten hyvinvointivaltiota voidaan uusintaa luomalla kannustavuutta, kumppanuutta ja samalla yhteisöllisyyttä kuitenkin heikompien oikeuksia kunnioittaen.
Vuorensyrjä, Matti ja Savolainen, Reijo (toim.)	Tieto ja tietoyhteiskunta	Miten tietokäsityksemme on muuttumassa? Mikä on tietoverkkojen paikka tietoyhteiskunnan mediamaisemassa? Piirtyykö eteemme tietotekniikan, tietotyöläisten ja työttömien tietoyhteiskunta? Tämä kirja on usean tieteenalan analyysi tietoyhteiskuntatutkimuksen ja Suomen tietoyhteiskuntakehityksen tilasta ja tulevaisuudesta. Se on jokaisen tietoyhteiskunnan ammattilaisen perusteos, joka soveltuu myös oppikirjaksi korkeakouluissa.
Niiniluoto, Ilkka – Sihvola, Juha (toim.)	Nykyajan etiikka, keskustelu- ja ihmisestä ja yhteisöstä	Nykyajan etiikka tarkastelee liiketoiminnan etiikkaa, kuluttajan asemaa kansalaisena, ihmisen sisäistä ulottuvuutta, uskonnon merkitystä, fundamentalismin uhkaa, valituksen perintöä sekä maaseutua yhteiskunnallisena kysymyksenä. Teos tarjoaa syvällisen analyysin ajastamme ja haastaa lukijan ottamaan omakohtaisesti kantaa maailman kohtalonkysymyksiin.

Leino-Kilpi, Helena- Välimäki, Maritta	Etiikka hoitotyössä	Hoitohenkilökunta kohtaa päivittäin tilanteita, jotka edellyttävät eettistä herkkyyttä, arvojen analyysia ja rohkeutta päätöksentekoon. Tässä kirjassa tarkastellaan hoitotyön etiikan yleistä perustaa, etiikan teorioita sekä eettistä päätöksentekoa. Lisäksi kirjassa kuvataan esimerkinomaisesti eettisiä kysymyksiä hoitotyön eri alueilla. Kirjassa käsitellään etiikkaa myös hoitotyön koulutuksessa, hallinnossa ja tutkimuksessa. Kirja soveltuu kaikille terveysalan eettisistä kysymyksistä kiinnostuneille.
Niiniluoto, Ilkka – Saarinen, Esa (toim.)	Nykyajan filosofia	Tämä modernin filosofian perusteos esittelee kotimaisin voimin länsimaisen kulttuurin vaikuttavimmat ajatussuuntaukset: loogisen empirismin, analyyttisen filosofian, pragmatismen, marxismin, fenomenologian, eksistentiaalismin ja hermeneutiikan. Tyylliltään yleistajuinen, mutta samalla varsin perusteellinen teos on tarkoitettu kaikille, joita kiinnostaa oman aikamme filosofisen ajattelun kehitys
Rooman klubin Suomen komitea	Kansainvälinen vastuumme, Suomen malli	Mitkä ovat meidän suomalaisten vastuut ja velvoitteet maailmanlaajuisten ongelmien ratkaisussa? Terävää pohdintaa eettisestä tietoisuudesta yhteiskunnassamme. Ratkaisujen löytäminen ongelmiin edellyttää näkemyksellistä tietoa, jossa tieteelliseen tietoon on luovasti yhdistetty mielikuvat ja arvot. Kirja tuo ajatuksia keskusteluun kansallisten ja kansainvälisten päätösten taustalla olevista arvoista ja pyrkii kasvattamaan eettistä tietoisuutta yhteiskunnassamme.
Himanen, Pekka	Hautomo	Hautomo on paikka työlle, oppimiselle ja kasvokkain ololle. Se käyttää teknologiaa, josta verkot ovat alkua. Se hengittää ja antaa tilaa. Lähestymmekö syvimmän utopiamme, halun ja todellisuuden ykseyttä? Sokraattisen tradition jatke, perusteellinen, tuore ja ajattelumme pirstova.
Sihvola, Juha	Toivon vuosituhat. Eurooppalainen ihmiskuva ja suomalaisen yhteiskunnan tulevaisuus	Kirja porautuu eurooppalaisen moraali- ja yhteiskuntafilosofian historiaan ja nykypäivään. Juha Sihvola osoittaa, että arvojen jännitteet ja tragediat ovat eurooppalaisen kulttuurin voimavara. Moderni elämänmuoto on kohtalonkysymysten edessä: luonto, teknologia, tietoyhteiskunta, globalisoituminen ja markkinavoimat asettavat ankaran haasteen yksilöille ja yhteisöille. Selviytyminen vaatii järkevää keskustelua hyvästä elämästä mutta myös jatkuvaa itsekritiikkiä ja itseironiaa.

Markku Heikkilä (toim.)	Uskonto ja nykyaika. Yksilö ja eurooppalaisen yhteiskunnan murros	Uskonto ja nykyaika on uusimpaan tutkimustietoon perustuva puheenvuoro uskonnosta ja kirkoista eurooppalaisessa yhteiskunta- ja kulttuurikehityksessä aikana, jolloin kansainvälistyminen ja globalisaatio laajentavat uskonnollista tarjontaa.
Hallamaa, Jaana (toim.) – Knuutti- la, Simo – Koti- ranta, Matti – Raunio, Antti	Rahan teologia ja Euroopan kirkot. Lopun ajan sosiaali- etiikka	Usko vai markkinausko? Uskonnollinen perinne on keskeisesti vaikuttanut eurooppalaisiin yhteiskuntiin. Opetus ihmisen yhteiskunnallisesta vastuusta eroaa selvästi roomalaiskatolisen, ortodoksisen, luterilaisen ja reformoidun opin välillä. Miten talouden lait, globalisoituminen tai kansainväliset sopimukset vaikuttavat uuden vuosituhannen poliittisiin päätöksiin? Pitääkö yhteisvastuu ja yksilön vapaus arvioida uudelleen? Voiko pohjoismainen perinne jatkua?
Kakkuri, Juhani	Tulevaisuuden uhkakuvat	Kasvihuoneilmiö ja muut ilmastoon vaikuttavat tekijät ovat viime vuosina virittäneet vilkasta keskustelua maapallon ja ihmiskunnan tulevaisuudesta. Juhani Kakkuri kertoo, millaiset tekijät ilmastoon vaikuttavat, miten vaikutukset näkyvät ja millaisella aikataululla. Onko sivilisaatiomme vaarassa? Millainen on ihmisen kädenjälki nyt ja tulevina vuosikymmeninä? Millainen on ihmiskunnan tulevaisuus ilmaston armoilla?

3. Kirjallisuutta ja tutkimuksia terveydenhuollon eettisyydestä

Tekijä	Julkaisumuoto	Teos / Artikkelin nimi	Sisältö
Olli-Pekka Ryynänen - Jarmo Kukkonen - Markku Myllykangas - Johanna Lamintakanen - Juha Kinnunen	Kirja	Priorisointi terveydenhuollossa, Mitä maksaa, kuka maksaa	Yhteenveto siitä, mitä terveydenhuollon priorisointi käytännössä tarkoittaa ja miten uudistusten kustannusvastaavuutta voidaan mitata. Kirja kertoo, miten ja milloin terveydenhuollon osa-alueita on kokonaiskustannusten näkökulmasta järkevä muuttaa. Kirjassa on esimerkkejä toimintamalleista ja laskentakaavoista sekä ideoita palvelujen kehittämiseksi.
Olli-Pekka Ryynänen - Markku Myllykangas	Kirja	Terveydenhuollon etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa	Terveyskysymysten eettinen pohdiskelu tulee yhä tärkeämmäksi maailman monimutkaistuesssa. Kirjassa pohditaan mm. geeniteknologiaa, medikalisaatiota, terveyspalvelujen mainontaa, palvelujen saatavuuden turvaamista ja priorisoinnin ongelmia, luvettaikutukseen perustuvaa uskomuslääketiedettä sekä eutanasiaa ja elämän loppuvaiheen hoitojen mielekkyyttä.
Lindqvist, Martti. Pelkonen, Risto. Halila, Ritva. 2001	Kirja	Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Helsinki.	Terveydenhuolto on alue, jossa kohdataan paljon yhteiskunnallisesta muutoksesta syntyneitä ongelmia ja vaurioita. Päättäjien tiedoilla, arvoilla ja valinnoilla on suuri merkitys sille, miten hallitusti ja inhimillisesti muutosta ohjataan. Muutos koskee monia elämäalueita – ennen kaikkea tekniikkaa ja taloutta. Sillä puolestaan on ajan oloon syväiset seuraukset yhteiskuntapolitiikkaan, sosiaalisiin instituutioihin sekä myös kulttuuriin ja arvoihin. julkaisu paneutuu asinatuntien avulla terveydenhuollon eettisiin ongelmiin

<p>Ryynänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J, Isomäki V-P, Takala J.</p>	<p>Kirja</p>	<p>Terveiden ja sairauden valinnat. 1999.</p>	<p>Terveystenhoito on Suomessakin joutunut osin itse virittämäänsä ansaan. Vaikka terveydenhoitoon satsataan jatkuvasti lisää, oikeutetuina pidettyjen tarpeiden ja odotusten täyttäminen karkaa hallinnasta. Taloudellinen taantuma on kärjistänyt tilannetta, mutta ei ole priorisointitarpeen ainoa syy. Yhä useammassa kunnassa, jotka maassamme vastaavat terveydenhuollossa, joudutaan vaikean rahoitus-tilanteen vuoksi tekemään leikkauksia ja supistuksia sosiaali- ja terveyspalveluihin. Päättäjät ovat turvautuneet onnettomiin säästötoimiin, kuten poliittisesti helppoon mutta eettisesti arveluttavaan juustohöyläykseen. Se on johtanut tehokkaiden ja välttämättömienkin tutkimusten ja hoitojen karsintaan. "Helppoja ja vaaratomia" leikkauskohteita ovat olleet mielenterveys- ja vammaispalvelut. Terveystenhoiton priorisointi on eettisesti ongelmallista. Erityisesti mikrotason ulkoinen priorisointi, jossa joku henkilö jää tai uhkaa jäädä hoidotta, on vaikea ja monimutkainen eettinen ja moraalinen ongelma.</p>
--	--------------	---	--